



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 41/2018

(07/10/2018 a 13/10/2018)

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 41/2018

(07/10/2018 a 13/10/2018)

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

MENINGITE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

A professora que havia sido diagnosticada com meningite, em Cascavel, no oeste do Paraná, morreu na noite de quinta-feira (11/10) no Hospital Universitário, onde estava internada desde segunda-feira (8).

Segundo os familiares, ela começou a passar mal no domingo (7) e precisou ser internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por conta do agravamento da meningite bacteriana, do tipo meningocócica.

Depois da confirmação da morte encefálica, a família autorizou a doação dos órgãos. Segundo a Central de Transplantes da 10ª Regional de Saúde, serão doados os rins e o fígado, que deverão ser levados para Curitiba.

"Isso foi um pedido dela, um combinado nosso. A gente sempre optou por ser doador. Com o acontecido, a gente até ficou triste porque pensou que não ia conseguir doar os órgãos. No final deu tudo certo. Apesar de um momento duro para a gente, a pessoa que receber o órgão vai ser feliz e saudável, como ela sempre foi", comentou o marido, Pedro Iziquiel da Silva.

O corpo da professora, que deixa um filho de 20 anos, foi levado para Santo Augusto, no Rio Grande do Sul, na sexta-feira (12) para o velório e o sepultamento.

A meningite é uma inflamação das membranas que envolvem o cérebro. Ela pode ser causada por fungos, vírus ou bactérias. A bacteriana meningocócica é a mais grave e, se não for tratada, pode matar.

Por conta do contato com a professora, 63 alunos, colegas da escola e profissionais da UPA que a atenderam continuam em tratamento preventivo contra a doença.

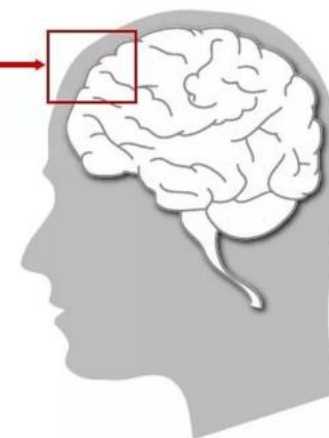
Desde o início do ano, a 10ª Regional de Saúde, que engloba 25 municípios da região de Cascavel registrou 63 casos de meningite. Até então, três pessoas haviam morrido: duas em Cascavel e uma em Corbélia. Em 2017, foram 72 casos, com quatro mortes.

Virmond, na região Central do estado, passa por um surto de meningite. Desde junho, seis casos foram confirmados. Destes pacientes, quatro se recuperaram sem sequelas.

Outro caso que está sendo investigado é o de uma criança de 6 anos, que está internada em Curitiba e não corre risco de vida. O último caso foi confirmado no dia 29 de setembro. O paciente é um idoso de 66 anos, que permanece internado em Laranjeiras do Sul, também sem risco de morrer.

Entenda a meningite

O que é?
É uma inflamação das membranas que revestem o sistema nervoso central, conhecidas como "meninges". Pode ter várias causas, mas a mais comum é infecciosa, provocada por vírus ou bactérias



Tipos de meningite



Viral

É considerada menos perigosa

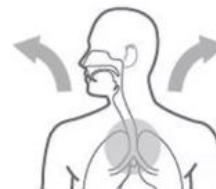


Bacteriana

É a mais grave e pode causar problemas neurológicos e motores, perda de visão ou audição e até amputação de membros

Entre 70% e 80% dos tipos bacterianos registrados aqui no país são do tipo C, contra o qual há vacina

Transmissão



- O contágio é principalmente respiratório
- Uma pessoa infectada pode não desenvolver a doença, mas mesmo assim é capaz de transmiti-la
- Escolas, creches, universidades e outros locais com grande concentração de pessoas são ambientes favoráveis à contaminação

Sintomas



- Começa abruptamente, com febre média ou alta, vômito e dor de cabeça. Em casos mais graves, aparecem manchas vermelhas na pele
- Pode haver rigidez na nuca, dor nas costas ao dobrar as pernas e edemas no fundo do olho

Tratamento

Viral

Cuidados são sintomáticos, ou seja, o paciente recebe medicamentos para amenizar os sinais e não precisa ficar internado

Bacteriano

O quadro é grave e a pessoa deve tomar antibiótico na veia durante 7 dias. Depois de 24 horas, o indivíduo não transmite mais a doença e pode sair do isolamento

Pessoas em contato próximo com o paciente de meningite bacteriana podem precisar tomar antibiótico para diminuir o risco de transmissão

Vacina



A dose disponível na rede pública (contra o tipo C) é destinada a crianças **menores de 2 anos. No primeiro ano de vida, são necessárias duas aplicações** (aos 3 meses e 5 meses de idade) e um reforço entre 1 ano e 1 e 3 meses. **Nas pessoas acima de 1 ano de idade**, a dose é única

Na rede particular, custa cerca de R\$ 140



Fonte: Rosana Richtmann, presidente da Sociedade Paulista de Infectologia

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

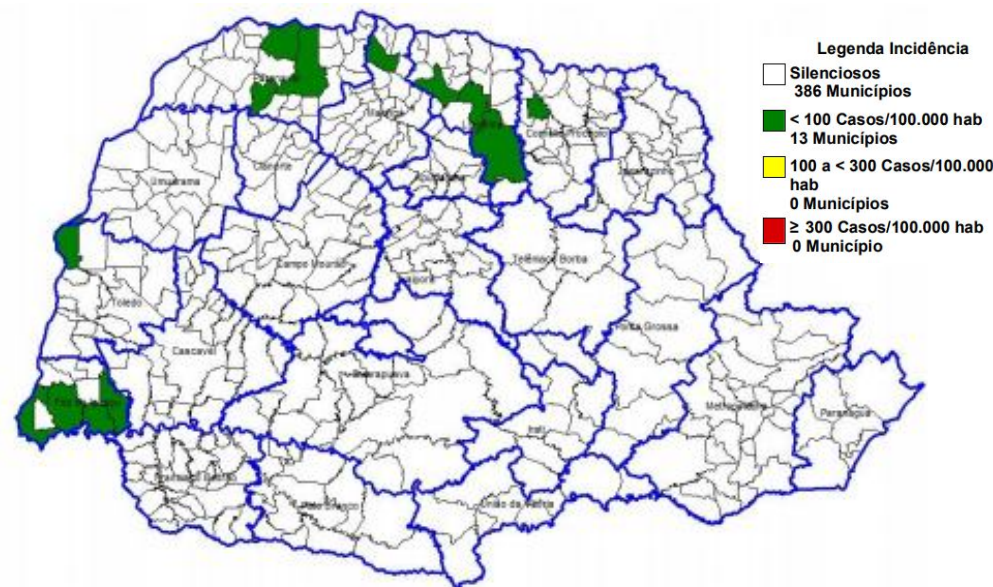
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 40/2018.

Foram notificados no referido período 1.330 casos suspeitos de dengue, dos quais 650 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,17 casos por 100.000 hab. (19/11.163.018 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 (298), Foz do Iguaçu (160) e Maringá (89). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (4), São José dos Pinhais (3), Guaíra (3), Foz do Iguaçu (2) e Paranavaí (2).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 40/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 40/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	136
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	19
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	16
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	7
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	13
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 17 ^a , 18 ^a e 20 ^a)	6
TOTAL DE CASOS	25
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	19
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	6
TOTAL DE NOTIFICADOS	1330

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 40/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	25 (100,0%)	0 (0,0%)	25
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	0	-	1
Descartados	-	-	650
Em andamento/investigação	-	-	654
Total	26 (2,0%)	0 (0,0%)	1.330

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

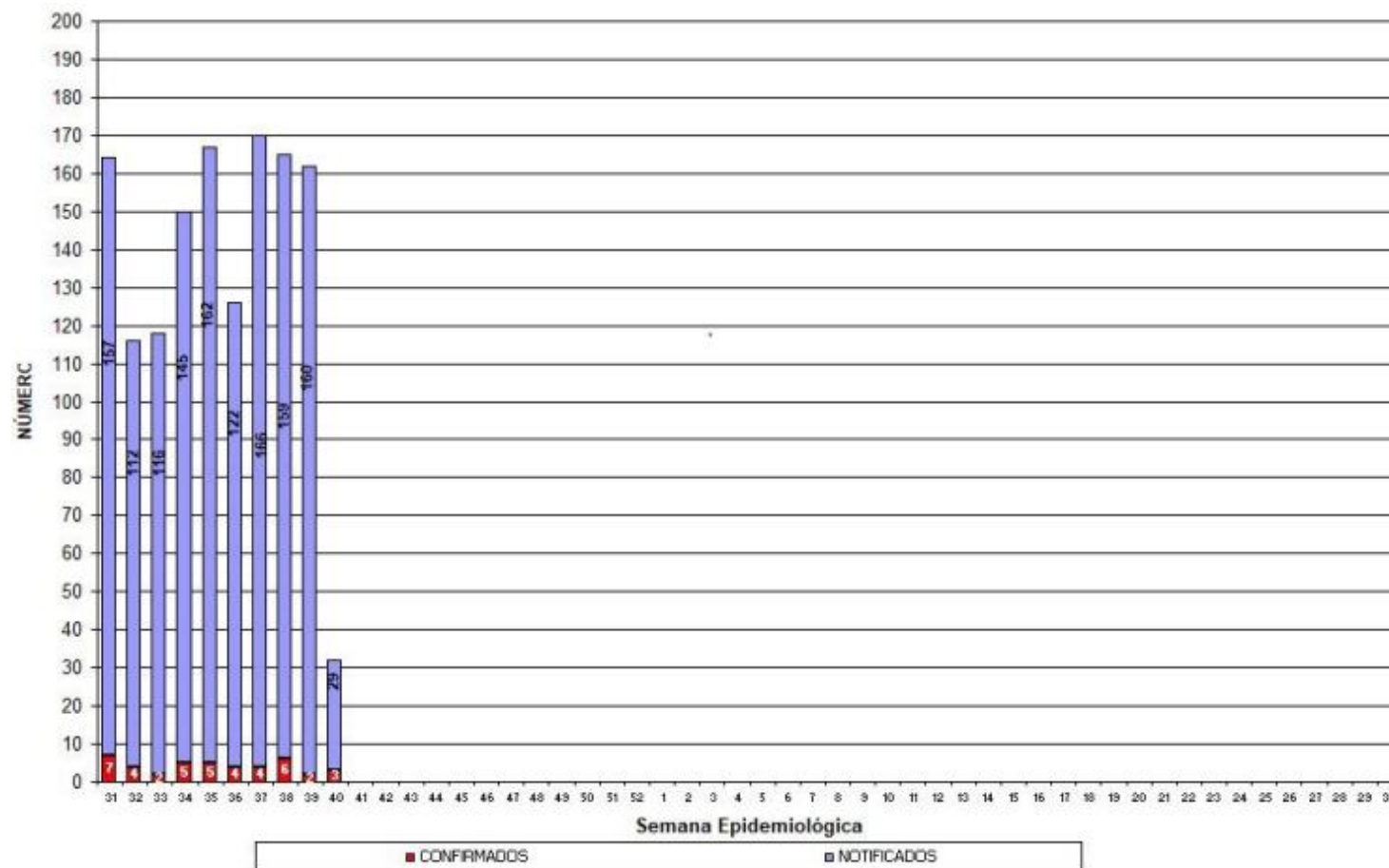
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 40/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

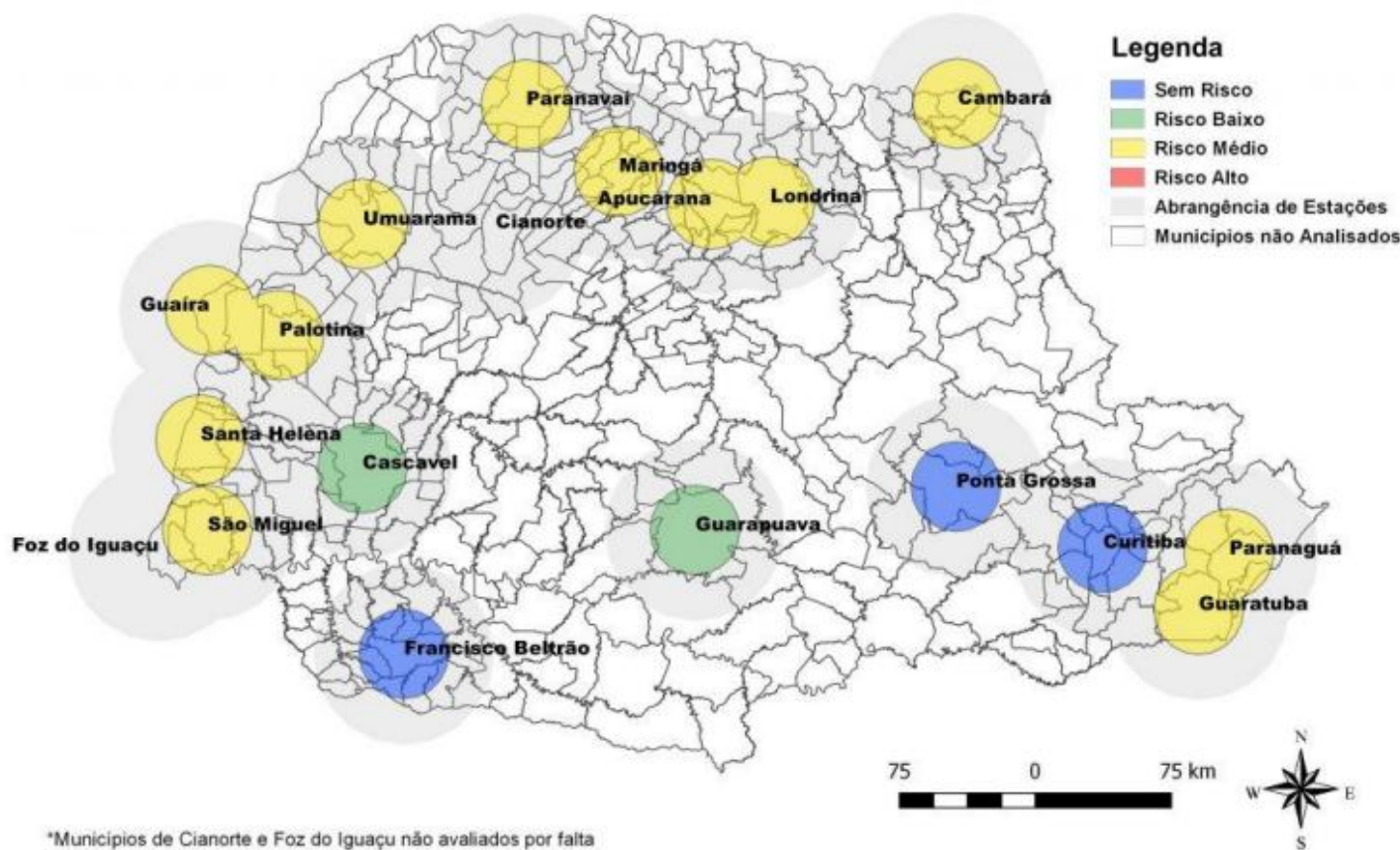
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (30/09/2018 - 06/10/2018)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 39/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 03 (três) sem risco;
- 02 (duas) com risco baixo
- 12 (doze) com risco médio;
- 00 (zero) com risco alto e;
- 02 (duas) não foram avaliadas.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 40/2018*

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	50	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	5	5	54	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	3	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	6	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	20	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	5	0	5	213	0	1	0	1,23
10ª RS - Cascavel	540.131	0	0	0	45	0	0	0	-
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	31	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	15	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	21	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	4	0	4	147	0	0	0	1,46
15ª RS - Maringá	799.890	1	0	1	108	0	0	0	0,13
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	49	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	6	0	6	487	0	0	0	0,64
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	1	0	1	30	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	2	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	2	1	3	37	0	0	0	0,52
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	6	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	11.163.018	19	6	25	1.330	0	1	0	0,17

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

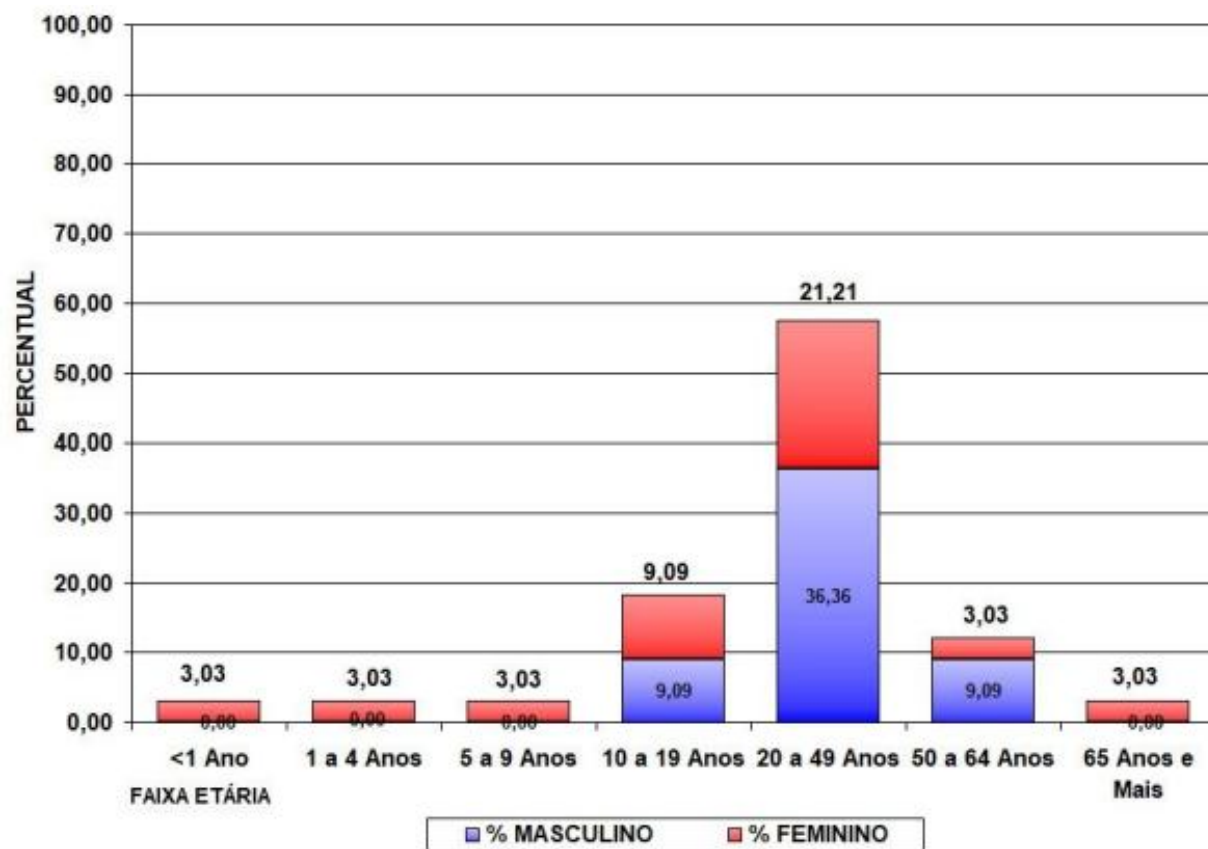
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,58% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (18,18%).

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 40/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/10/2018

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 40/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
2	Curitiba	1.879.355	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	4	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	9	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	3	-	0	0	0	2	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Guaíra	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
TOTAL		11.163.018	0	0	0	36	-	0	0	0	14	-

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

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

* Dados considerados até 08 de Outubro de 2018. Divulgado

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

Alguns municípios apresentaram correção de informações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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 39 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 29/09/2018.

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

Foram confirmados para Influenza 16,2% (638/3.945) 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, 16,8% (106/630) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 47,3% (1.833/3.874) para SG e de 50,4% (320/635) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 39 foram notificados 4.075 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 15,7% (638) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 633 óbitos notificados por SRAG, 16,7% (106) 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	638	15,7	106	16,7
Influenza A(H1N1)pdm09	232	36,4	43	40,6
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	364	57,1	58	54,7
Influenza A não subtipado	19	3,0	4	3,8
Influenza B	23	3,6	1	0,9
SRAG não especificada	1.839	45,1	397	62,7
SRAG por outros vírus respiratórios	1.454	35,7	123	19,4
SRAG por outros agentes etiológicos	14	0,3	4	0,6
Em investigação	130	3,2	3	0,5
TOTAL	4.075	100	633	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

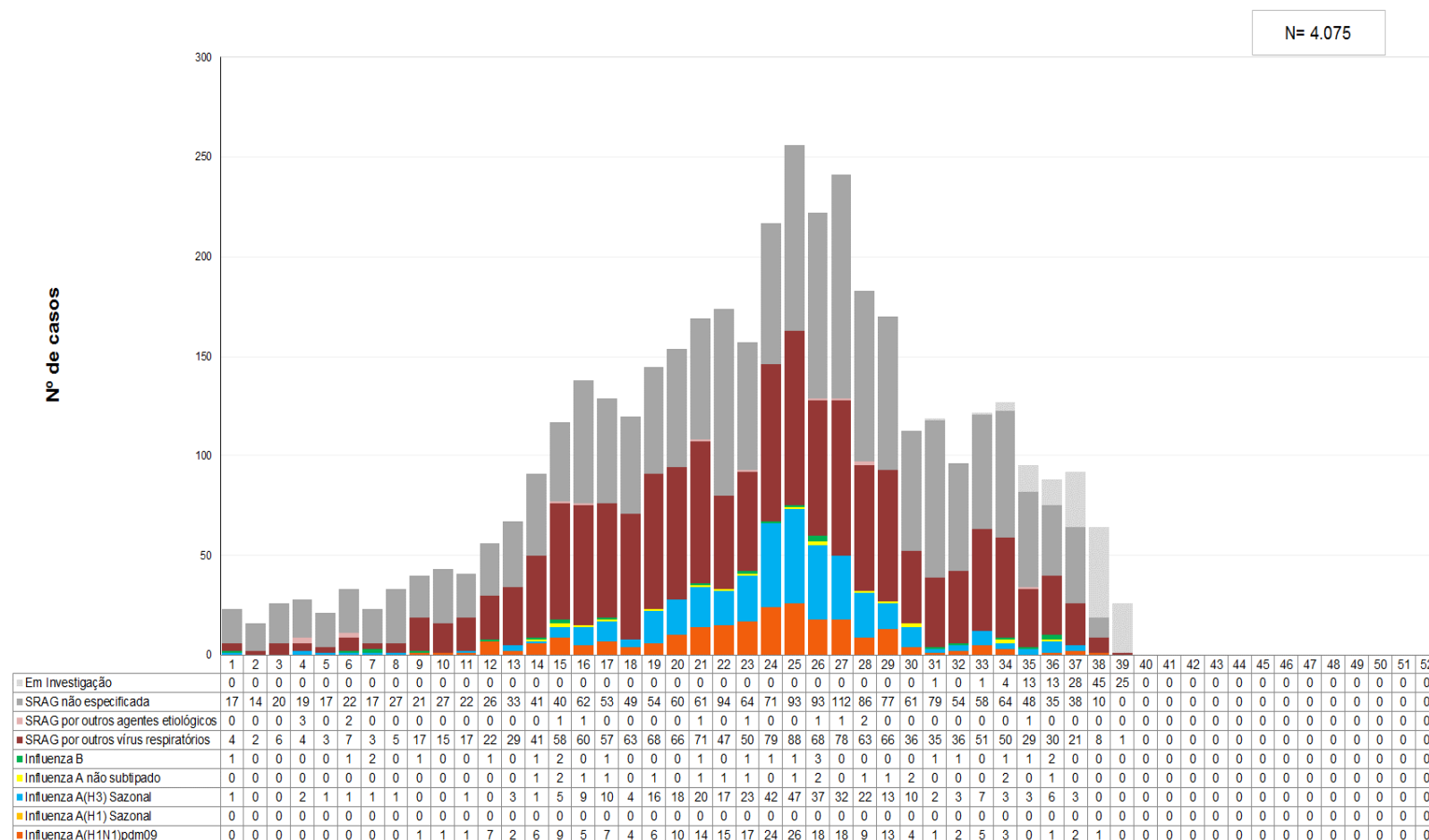
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas, residentes no Paraná, 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Pontal do Paraná	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	64	8	165	11	6	0	6	0	241	19
Almirante Tamandaré	1	1	4	0	0	0	0	0	5	1
Araucária	1	0	12	1	0	0	0	0	13	1
Campina Grande do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	3	0	0	0	1	0	5	0
Colombo	2	0	10	0	0	0	0	0	12	0
Curitiba	43	5	101	9	6	0	5	0	155	14
Fazenda Rio Grande	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperuçu	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	5	2	4	0	0	0	0	0	9	2
Piraquara	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Quitandinha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	8	0	14	1	0	0	0	0	22	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	7	1	0	0	1	0	10	1
Carambei	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	2	0	4	0	0	0	0	0	6	0
4. Reg. Saúde Irati	3	1	7	0	1	0	2	0	13	1
Imbituva	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	5	0	0	0	0	0	8	1
Rebouças	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Teixeira Soares	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	13	9	0	0	0	0	13	9
Guarapuava	0	0	7	5	0	0	0	0	7	5
Laranjeiras do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhão	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Pitanga	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Prudentópolis	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Turvo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	4	2	0	0	3	0	9	2
São Mateus do Sul	2	0	4	2	0	0	2	0	8	2
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	12	1	0	0	0	0	12	1
Coronel Vívda	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	28	4	17	4	3	1	1	0	49	9
Ampere	5	1	1	0	0	0	0	0	6	1
Barracão	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Beia Vista da Caroba	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dois Vizinhos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Mameleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	1	0	1	1	0	0	3	1
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
Pranchita	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Realeza	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascerça	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Salto do Lontra	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	1	0	0	0	1	0	14	1
Santo Antônio do Sudoeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Verê	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 subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	14	2	23	10	1	0	6	1	44	13
Foz do Iguaçu	13	2	17	6	1	0	6	1	37	9
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Medianeira	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	1	0	4	2	0	0	0	0	5	2
10. Reg. Saúde Cascavel	7	2	10	2	0	0	1	0	18	4
Anahy	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cascavel	6	1	10	2	0	0	1	0	17	3
11. Reg. Saúde Campo Mourão	10	2	7	1	2	1	0	0	19	4
Arauna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	5	1	1	0	0	0	10	1
Engenheiro Beltrão	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Goioerê	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1
Janiópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nova Cantu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Roncador	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	7	2	5	1	0	0	0	0	12	3
Cafetal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporã	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	5	0	3	0	0	0	0	0	8	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	8	1	1	0	0	0	16	1
Cianorte	2	0	4	1	0	0	0	0	6	1
Cidade Gaúcha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Amaporã	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	37	10	16	3	2	1	0	0	55	14
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	0	0	0	3	2
Mariaiva	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	27	4	11	1	1	1	0	0	39	6
Nova Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Paçandu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Fé	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarandi	4	2	2	0	1	0	0	0	7	2
16. Reg. Saúde Apucarana	2	1	5	0	0	0	0	0	7	1
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Califórnia	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cambira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marilândia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

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

(Continuação da página anterior)

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
17. Reg. Saúde Londrina	29	0	31	9	3	1	2	0	65	17
Assaí	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	1	0	2	1	1	0	0	0	4	1
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	23	6	2	1	1	0	39	12
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	3	1	0	0	0	0	4	1
Sertãozinho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	7	0	11	0	0	0	0	0	18	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Bandeirantes	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Cornélio Procopio	3	0	2	0	0	0	0	0	5	0
Nova América da Colina	0	0	1	0	0	0	0	0	1	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	7	2	12	0	0	0	1	0	20	2
Jaboti	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jacarezinho	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Joaquim Távora	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Quatiguá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santo Antônio da Platina	4	2	7	0	0	0	0	0	11	2
Siqueira Campos	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
20. Reg. Saúde Toledo	2	0	2	1	0	0	0	0	4	1
Assis Chateaubriand	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	5	2	0	0	0	0	6	3
Ortigueira	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Telêmaco Borba	1	1	3	1	0	0	0	0	4	2
22. Reg. Saúde Iraporã	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	232	43	364	58	19	4	23	1	638	106

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

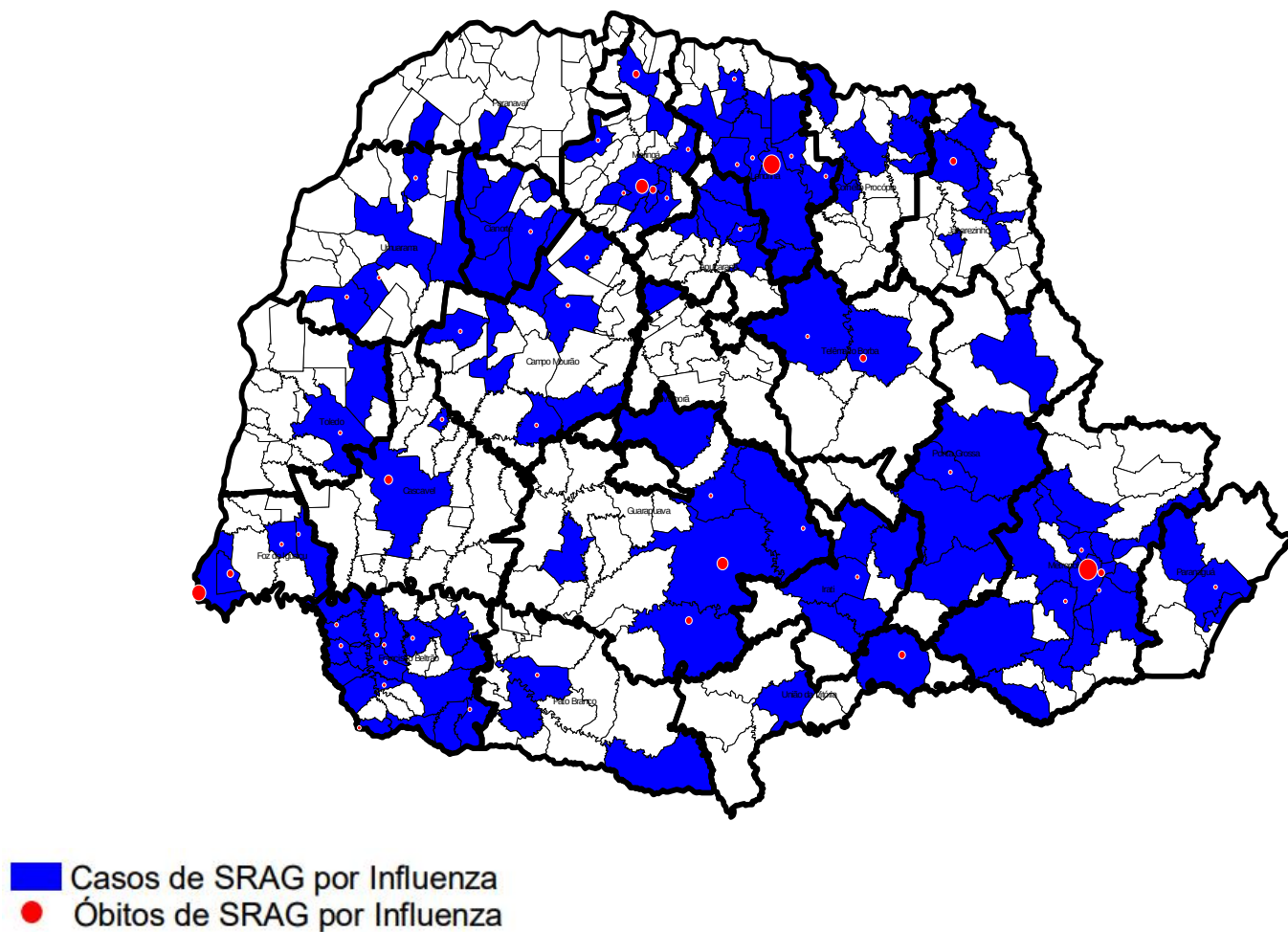
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 53,6% (342/638) dos casos e o gênero masculino 46,4% (296/638) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 36,8% (39/106) dos casos e o gênero masculino 63,2% (67/106) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥60 anos, com 31,2% (199/638) e 60,4% (64/106) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

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

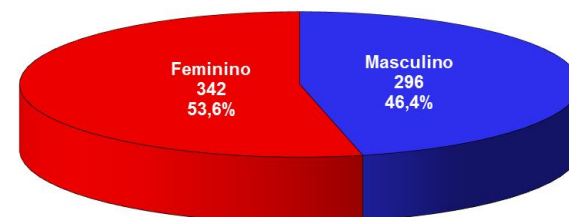
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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	34	14,7	83	22,8	3	15,8	7	30,4	127	19,9
5 a 9 anos	17	7,3	41	11,3	1	5,3	1	4,3	60	9,4
10 a 19 anos	13	5,6	25	6,9	0	0,0	2	8,7	40	6,3
20 a 29 anos	20	8,6	31	8,5	1	5,3	1	4,3	53	8
30 a 39 anos	21	9,1	23	6,3	4	21,1	5	21,7	53	8,3
40 a 49 anos	20	8,6	13	3,6	2	10,5	3	13,0	38	6,0
50 a 59 anos	46	19,8	19	5,2	2	10,5	1	4,3	68	10,7
≥ 60 anos	61	26,3	129	35,4	6	31,6	3	13,0	199	31,2
TOTAL	232	100	364	100	19	100	23	100	638	100

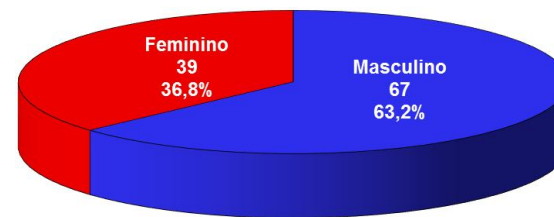
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 5 anos	0	0,0	6	10,3	0	0,0	0	0,0	6	5,7
5 a 9 anos	1	2,3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	1,9
10 a 19 anos	0	0,0	3	5,2	0	0,0	0	0,0	3	2,8
20 a 29 anos	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,8
30 a 39 anos	2	4,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	3	2,8
40 a 49 anos	6	14,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	7	6,6
50 a 59 anos	15	34,9	2	3,4	1	25,0	0	0,0	18	17,0
≥ 60 anos	16	37,2	45	77,6	2	50,0	1	100,0	64	60,4
TOTAL	43	100,0	58	100,0	4	100,0	1	100	106	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,7% (464/638) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas, Crianças < 5 anos e Doença cardiovascular crônica (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 87,7% (93/106) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,3% (30/106) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 76,2% (1.006/1.320) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, pneumopatias e diabetes mellitus.

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

Casos por Influenza (N=638)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	464	72,7	178	38,4
Adultos ≥ 60 anos	199	31,2	93	46,7
Pneumopatias crônicas	130	20,4	57	43,8
Crianças < 5 anos	127	19,9	36	28,3
Doença cardiovascular crônica	114	17,9	57	50,0
Diabetes mellitus	62	9,7	30	48,4
Gestantes	46	7,2	21	45,7
Doença neurológica crônica	42	6,6	21	50,0
Doença renal crônica	33	5,2	18	54,5
Imunodeficiência/Imunodepressão	30	4,7	9	30,0
Obesidade	24	3,8	9	37,5
Doença hepática crônica	5	0,8	1	20,0
Síndrome de Down	4	0,6	3	75,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Indígenas	1	0,2	0	0,0
Que utilizaram antiviral	468	73,4		
Vacinados	204	32,0		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 77,4% (82/106) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias e no Brasil, dos 1.320 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 1.027 (77,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=106)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	93	87,7	30	32,3
Adultos ≥ 60 anos	64	60,4	24	37,5
Pneumopatias crônicas	43	40,6	14	32,6
Doença cardiovascular crônica	42	39,6	15	35,7
Diabetes mellitus	25	23,6	11	44,0
Doença neurológica crônica	21	19,8	11	52,4
Doença renal crônica	18	17,0	10	55,6
Obesidade	9	8,5	2	22,2
Imunodeficiência/Imunodepressão	7	6,6	1	14,3
Crianças < 5 anos	6	5,7	2	33,3
Doença hepática crônica	5	4,7	1	20,0
Síndrome de Down	1	0,9	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	82	77,4		
Vacinados	30	28,3		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

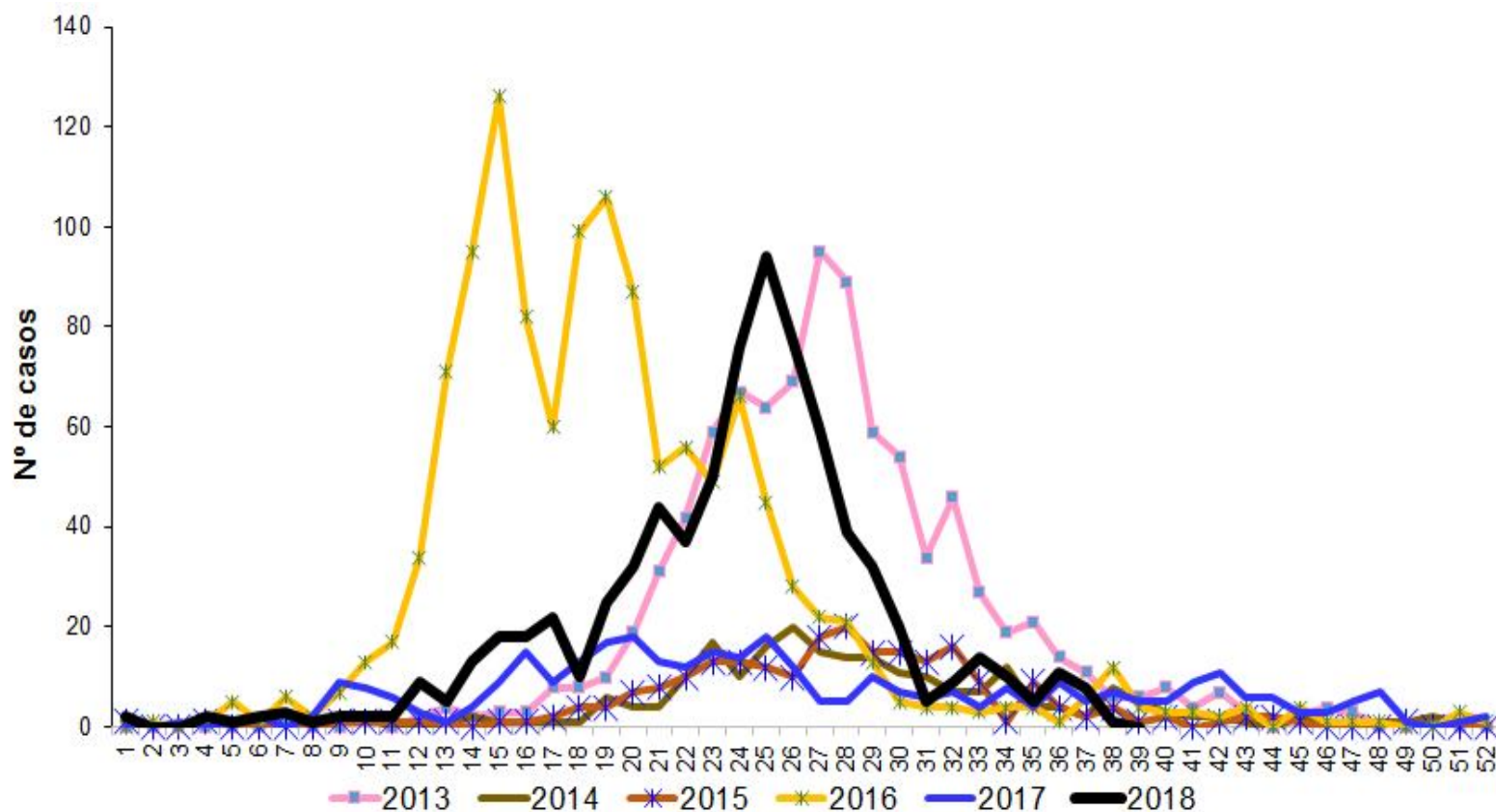
Data da informação: 02/10/2018

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 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,7% (36/54) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 57,1% (364/638) dos casos e, ocorrência de 54,7% (58/106) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe baseiam-se nos dados inseridos no SIVEP-Gripe pelas unidades sentinelas do Paraná. A vigilância sentinela continua em fase de ampliação e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas.

Síndrome Gripal

Até a SE 39 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 4.142 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.874 amostras.

Das amostras processadas, 47,3% (1.833/3.874) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 708 (18,3%) foram positivas para Influenza e 1.125 (29,0%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 204 (28,8%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 394 (55,6%) de Influenza A(H3) Sazonal, 12 (1,7%) de Influenza A (não subtipado) e 98 (13,8%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 570 (50,7%) 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	232	43
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	36	364	58
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	19	4
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	23	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	638	106

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	21	10,3	28	7,1	1	8,3	2	2,0	52	7,3	568	13,7
5 a 9 anos	21	10,3	27	6,9	1	8,3	11	11,2	60	8,5	201	4,9
10 a 19 anos	25	12,3	88	22,3	0	0,0	26	26,5	139	19,6	571	13,8
20 a 29 anos	43	21,1	86	21,8	2	16,7	21	21,4	152	21,5	890	21,5
30 a 39 anos	33	16,2	64	16,2	3	25,0	17	17,3	117	16,5	607	14,7
40 a 49 anos	23	11,3	36	9,1	0	0,0	11	11,2	70	9,9	431	10,4
50 a 59 anos	15	7,4	28	7,1	5	41,7	6	6,1	54	7,6	377	9,1
≥ 60 anos	23	11,3	37	9,4	0	0,0	4	4,1	64	9,0	497	12,0
TOTAL	204	100,0	394	100	12	100,0	98	100	708	100	4.142	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

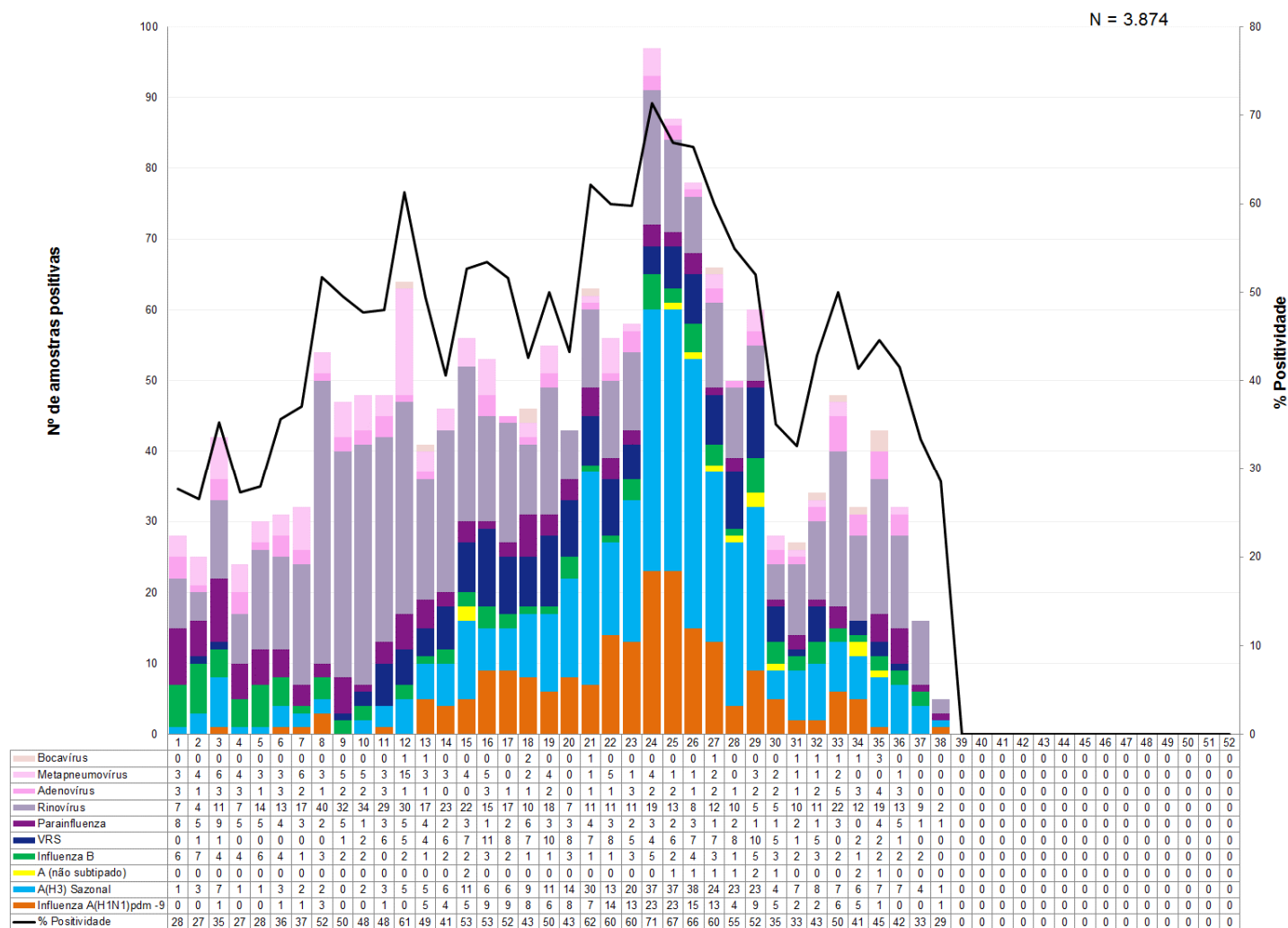
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

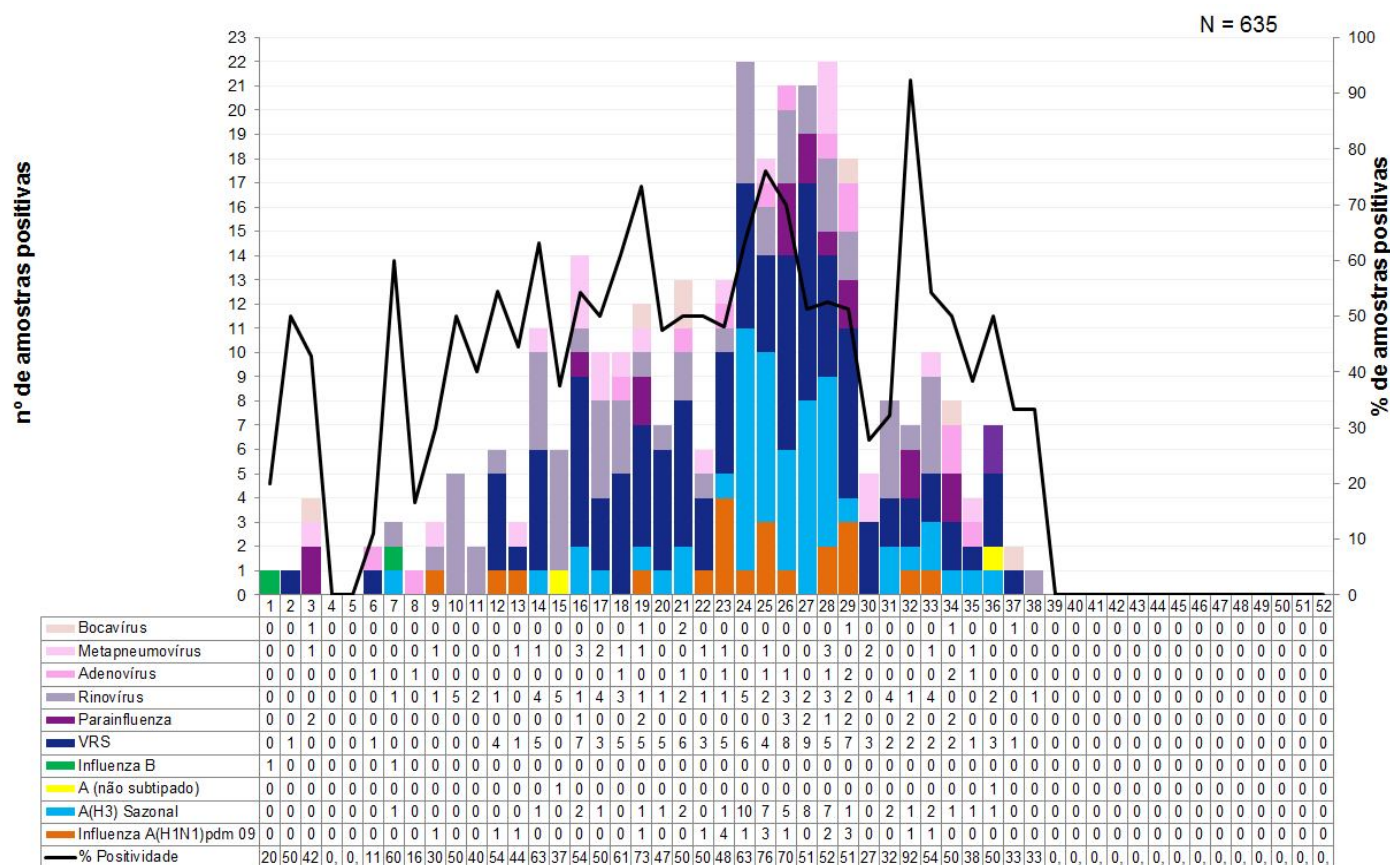
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 682 coletas, sendo 635 (93,1%) processadas. Dentre estas, 320 (50,4%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 21 (25,9%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 56 (69,1%) para Influenza A(H3) Sazonal, 2 (2,5%) para Influenza A (não subtipado), 2 (2,5%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 106 (44,4%) de VRS, 17 (7,1%) de Parainfluenza, 62 (25,9%) de Rinovírus, 21 (8,8%) de Metapneumovírus, 13 (5,4%) de Adenovírus, 7 (2,9%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/10/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 41/2018

(07/10/2018 a 13/10/2018)

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Em Roraima, até o dia 08/10, foram notificados 519 casos suspeitos de sarampo, sendo 281 no município de Boa Vista, 107 em Amajari, 61 em Pacaraima, 15 em Rorainópolis, 15 em Cantá, 06 em Caracaraí, 04 em Alto Alegre, 02 em Iracema, 02 em São Luiz do Anauá e 02 em Mucajaí, em Caroebe, São João da Baliza e Uiramutã, um caso notificado em cada município. Entre os casos notificados, 21 casos foram atendidos no Brasil, mas residem na Venezuela, nos municípios de Gran Sabana (18), Ciudad Bolívar (01 caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso).

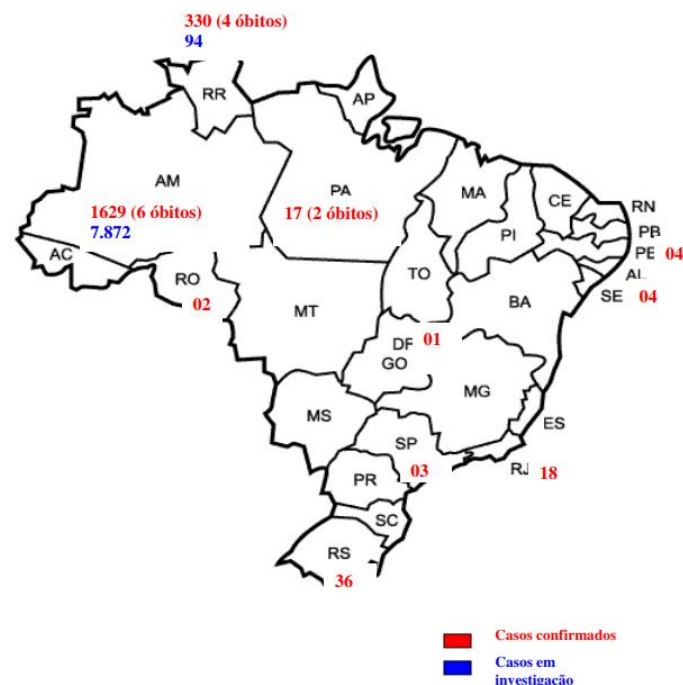
Do total de casos notificados, 95 foram descartados, 330 foram confirmados e 94 estão em investigação. Em relação aos 330 casos confirmados, 206 (62,4%) são venezuelanos, 122 (37%) são brasileiros, 01 (0,3%) caso é procedente da Guiana e 01 (0,3%) da Argentina. A faixa etária mais acometida pela doença em brasileiros foi de seis meses a 4 anos de idade, representando 65 (53,2%) casos. Já na população venezuelana, o maior número de casos está concentrado na população de 1 a 9 anos de idade, representando 97 (47,3%) casos. Foi confirmado apenas um caso procedente da Argentina, estando na faixa etária de 20 a 29 anos, um caso procedente da Guiana, na faixa etária de 10 a 14 anos. Dos casos confirmados, 143 (43,3%) são indígenas.

No Estado do Amazonas, os últimos casos confirmados de sarampo foram registrados no ano de 2000. Contudo, no período de 06 de fevereiro a 08 de outubro de 2018, foram notificados 10.305 casos, e destes 1.629 (15,8%) foram confirmados, 804 (7,8%) descartados e 7.872 (76,4%) permanecem em investigação. Até o momento, todos os casos confirmados são brasileiros, com genótipo identificado D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e na Venezuela. Dentre os 10.305 casos notificados de sarampo, 8.108 foram notificados em Manaus e 1.024 em Manacapuru, totalizando 87,7% dos casos. Os outros 1.173 casos notificados estão distribuídos em 47 municípios do Estado. Dos 1.629 casos confirmados, 886 (54,4%) são do sexo masculino e a maior concentração está na faixa etária de 6 meses a 4 anos, com 550 (33,8%) casos, e da faixa etária de 15 a 29 anos com 550 (33,7%), casos. Em relação aos 7.872 casos que permanecem em investigação, 4.435 (56,3%) são do sexo masculino, estando o maior número de casos concentrados na população de 15 a 29 anos de idade, representando 3.950 (50,2%) casos.

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e

Casos de Sarampo no Brasil, 2018

11/10/2018



Fonte: GT Doenças Exantemáticas/MS
Informe nº 26/2018 MS de 11/10/2018.

Roraima, oito Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 36 casos no Rio Grande do Sul, 18 no Rio de Janeiro, 17 no Pará, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, três casos em São Paulo, dois em Rondônia e um caso no Distrito Federal, totalizando 2.044 casos confirmados de sarampo no Brasil.

Até o momento, no Brasil, foram confirmados 12 óbitos por sarampo em três Unidades Federadas. Em Roraima, foram confirmados quatro óbitos, todos em menores de 5 anos, sendo um brasileiro, dois venezuelanos e um coreano. No Amazonas, foram confirmados seis óbitos por sarampo, sendo três residentes em Manaus, dois em Autazes e um em Manacapuru. Em relação a faixa etária dos óbitos do estado do Amazonas, quatro óbitos ocorreram em menores de um ano de idade, e dois óbitos em adultos com idade superior a 40 anos. No Pará, foram confirmados dois óbitos por sarampo ocorridos em venezuelanos indígenas, menores de um ano de idade.

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: São Paulo / Bahia

Data da informação: 15/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

São Paulo - A Vigilância Epidemiológica de Marília (SP) confirmou na terça-feira (9/10) um caso de leishmaniose visceral em um morador da zona sul da cidade.

A vítima, um homem tem 74 anos, é a terceira pessoa a ter a doença neste ano – os dois casos anteriores foram registrados na zona norte. O homem já teve alta do Hospital das Clínicas. Não há registro de morte na cidade pela doença.

Segundo a prefeitura, ações de bloqueio começaram a ser realizadas na cidade, como identificações de cães e de pessoas com sintomas da doença. Também são feitas vistorias em imóveis num raio de até 200 metros do local onde apareceu o caso positivo.

Em humanos, a leishmaniose causa febre intermitente com semanas de duração, fraqueza, perda de apetite, emagrecimento, aumento do fígado e do baço, anemia e palidez, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode provocar a morte em mais de 90% dos casos.

Marília apresenta casos da doença em humanos desde 2011, quando foi confirmada uma notificação de leishmaniose visceral na zona norte. Em 2014 foram outras duas ocorrências e em 2015 mais uma. Em 2016 o número disparou, com dez casos, atingindo 15 notificações positivas em 2017.

Bahia - A reportagem do portal Folha do Vale conversou na manhã de segunda-feira (15/10), com Alvacir Brito, Secretário Municipal de Saúde de Carinhanha, sobre os casos Leishmaniose Visceral (Calazar), registrados na cidade. Ele afirmou ao portal, que os casos estão sendo monitorado pela Vigilância Epidemiológica, com 6 casos confirmados.

Ao portal Folha do Vale, Brito confirmou quatro casos da doença em 2016, um caso em 2017 e seis casos em 2018. Segundo ele, os casos confirmados são considerados um surto da doença pelo Ministério da Saúde.

O secretário afirmou a reportagem que 660 testes rápidos foram realizados, com 454 positivos para leishmaniose visceral. Para ele, o contingente de 4.900 cães no município dificulta o trabalho dos agentes. Na sede são 1.698 cães, contra 3.202 animais na zona rural.

De acordo com Alvacir, o gestor autorizou a contratação de uma empresa para borrifar e deve começar na próxima quarta-feira (17). Ele reafirmou que o município tem feito sua parte, mas muita gente insiste em não colaborar. Uma equipe do Núcleo Regional de Saúde de Guanambi foi colocada à disposição do município, conforme Brito.

Em julho, uma adolescente morreu vítima da doença em Carinhanha.

A Leishmaniose Visceral, conhecida também como Calazar, é uma doença preocupante no Brasil. Ela é causada pelo protozoário parasita Leishmania, que é transmitida pela picada de mosquitos-palha infectados. A doença pode afetar além de cachorros, outros animais e pessoas.

Os sintomas do Calazar são febre intermitente com semanas de duração, fraqueza, perda de apetite, emagrecimento, anemia, palidez, aumento do baço e do fígado, comprometimento da medula óssea, problemas respiratórios, diarreia, sangramentos na boca e nos intestinos. Por ser transmitida de animais para pessoas, é uma doença muito preocupante.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Santa Catarina

Data da informação: 08/10/2018

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

Comentários:

O número de mortes por gripe A e B em Santa Catarina em 2018 subiu para 54, segundo boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Dive-SC). A maioria das vítimas tinha algum fator de risco. Os dados mais recentes são de quarta-feira (3/10).

Os casos ocorreram nos seguintes municípios catarinenses:

Florianópolis: seis mortes

São José: cinco mortes

Jaraguá do Sul: quatro mortes

Joinville: três mortes

Araquari, Barra Velha, Blumenau, Lages, Itajaí, Palhoça, São Francisco do Sul e Vidal Ramos: duas mortes cada

Antônio Carlos, Balneário Barra do Sul, Balneário Camboriú, Canoinhas, Criciúma, Garopaba, Guatambu, Içara, Imbituba, Leoberto Leal, Nova Trento, Passos Maia, Pomerode, Rio do Sul, Rio Negrinho, São Miguel da Boa Vista, Tubarão, Tunápolis, Turvo e Videira: uma morte cada

Como prevenção à gripe, o órgão recomenda lavar as mãos com frequência e evitar ambientes fechados com aglomeração de pessoas.

A Dive-SC também orienta que sejam mantidos limpos com álcool objetos e superfícies que tenham contato direto com mãos, como mesas, teclados, maçanetas e corrimãos e que não sejam compartilhados objetos de uso pessoal, como copos e talheres.

O diretor da Dive-SC, Eduardo Macário, enfatizou que é importante que a pessoa procure atendimento quando tiver os sintomas. "Não fique em casa, mesmo se tiver sido vacinada. Procure uma unidade de saúde para fazer o primeiro atendimento, para ver se há necessidade do uso do antiviral, além de outros medicamentos", afirmou.

Os sintomas da doença são: febre, falta de ar, tosse, dor de cabeça, dor de garganta, dor no corpo.

Previna-se contra a nova gripe



Evite aglomerações de pessoas, principalmente em ambientes fechados.



Abra janelas e deixe o ar entrar, em casa, no trabalho e nos ônibus.



Lave frequentemente as mãos com água e sabão.



Ao tossir, cubra o nariz e a boca com um lenço, de preferência descartável.



Se estiver com sintomas de gripe (febre acima de 38°C e tosse ou dor de garganta), use máscara.



Não compartilhe copos, talheres, toalhas e objetos pessoais.



Evite tocar seus olhos, nariz ou boca sem, antes, lavar as mãos.



Só use medicamentos com orientação médica.



Em caso de dúvida procure o seu médico ou uma Unidade de Saúde.

Fonte: www.euritiba.pr.gov.br

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/10/2018

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 40 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 06/10/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 27,8% (4.004/14.388) para SG e de 37,6% (931/2.479) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 25,5% (6.509/25.542) 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, 28,4% (1.333/4.695) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

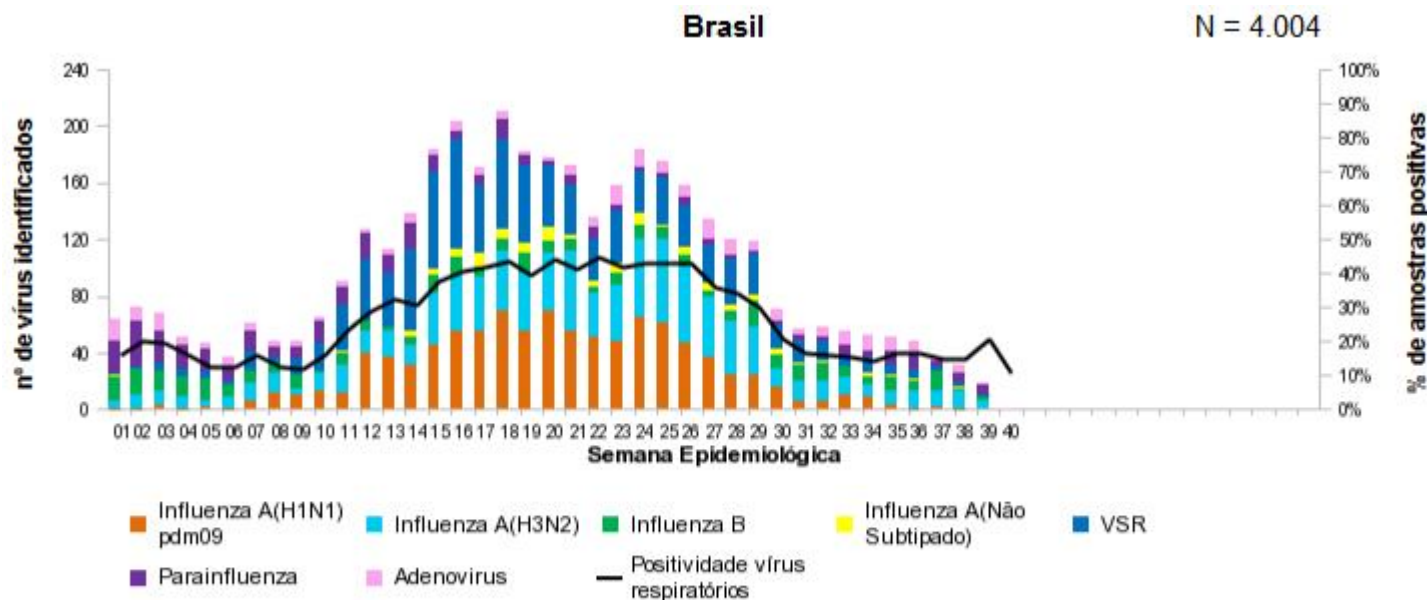
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 40 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 16.988 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 14.388 (84,7%) possuem resultados inseridos no sistema e 27,8% (4.004/14.388) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.386 (59,6%) foram positivos para influenza e 1.618 (40,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.000 (41,9%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 367 (15,4%) de influenza B, 107 (4,5%) de influenza A não subtipado e 912 (38,2%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 963 (59,5%) de VSR (Figura1)

As regiões Sul, Sudeste apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H3N2), A(H1N1)pdm09 e VSR. A região Nordeste apresenta uma maior circulação de Influenza A(H1N1)pdm09 e as regiões Centro-Oeste e Norte de VSR (Anexo 1 – B). Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza A(H1N1)pdm09 e A(H3N2). Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Influenza A(H1N1)pdm09.

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 40.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/10/2018

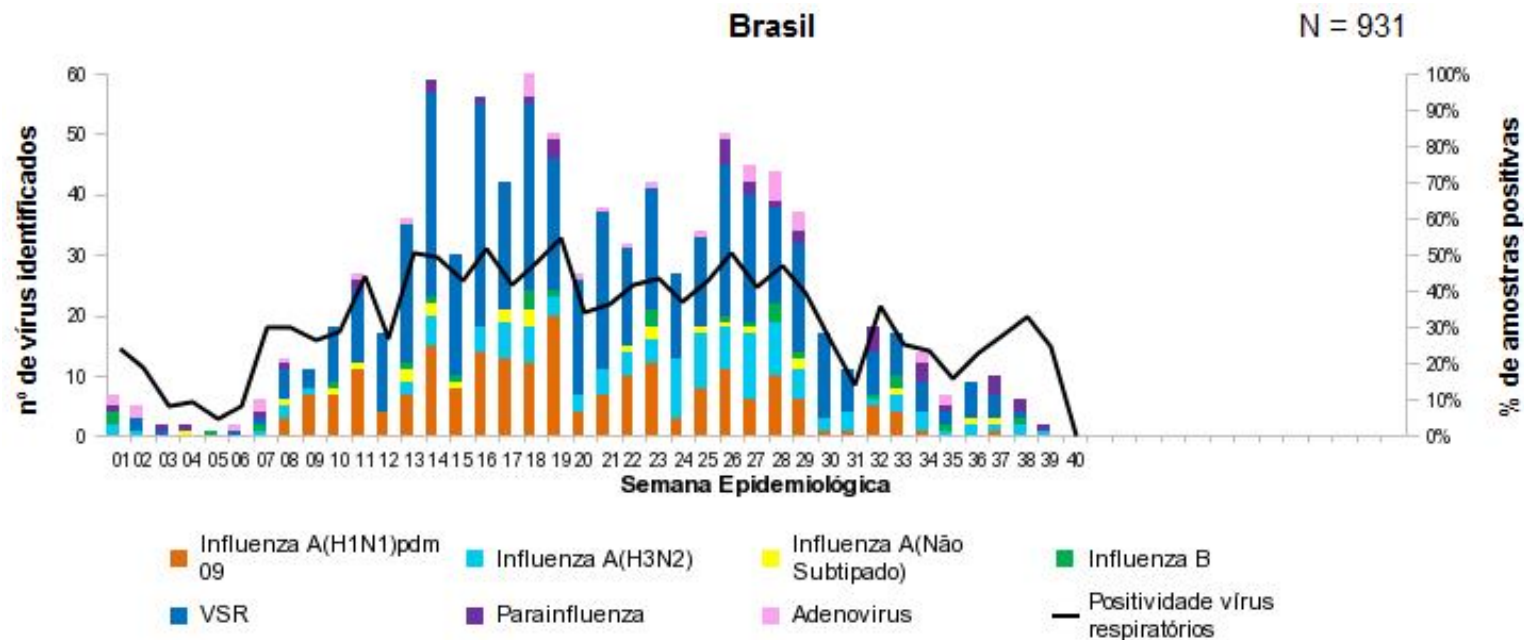
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.825 coletas, sendo 2.479 (87,8%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 931 (37,6%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 380 (40,8%) para influenza e 551 (59,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 211 (55,5%) para influenza A(H1N1)pdm09, 25 (6,6%) para influenza A não subtipado, 26 (6,8%) para influenza B e 118 (31,1%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 478 (86,8%) 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 40.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

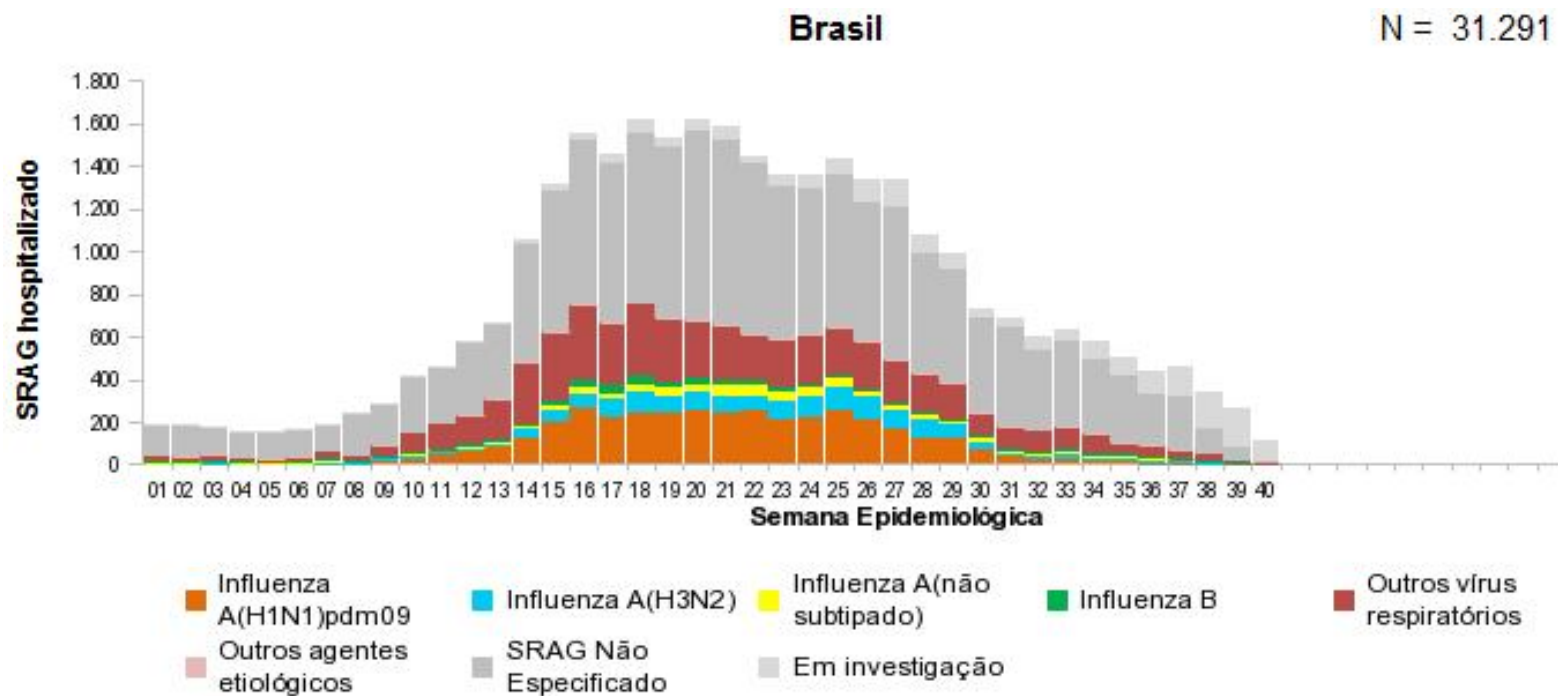
Data da informação: 08/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 40 de 2018 foram notificados 31.291 casos de SRAG, sendo 25.542 (81,5%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 25,5% (6.509/25.542) foram classificadas como SRAG por influenza e 21,8% (5.574/25.542) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.835 (58,9%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 631 (9,7%) influenza A não subtipado, 471 (7,2%) influenza B e 1.572 (24,2%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,2% (3.006/6.509).

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 40.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

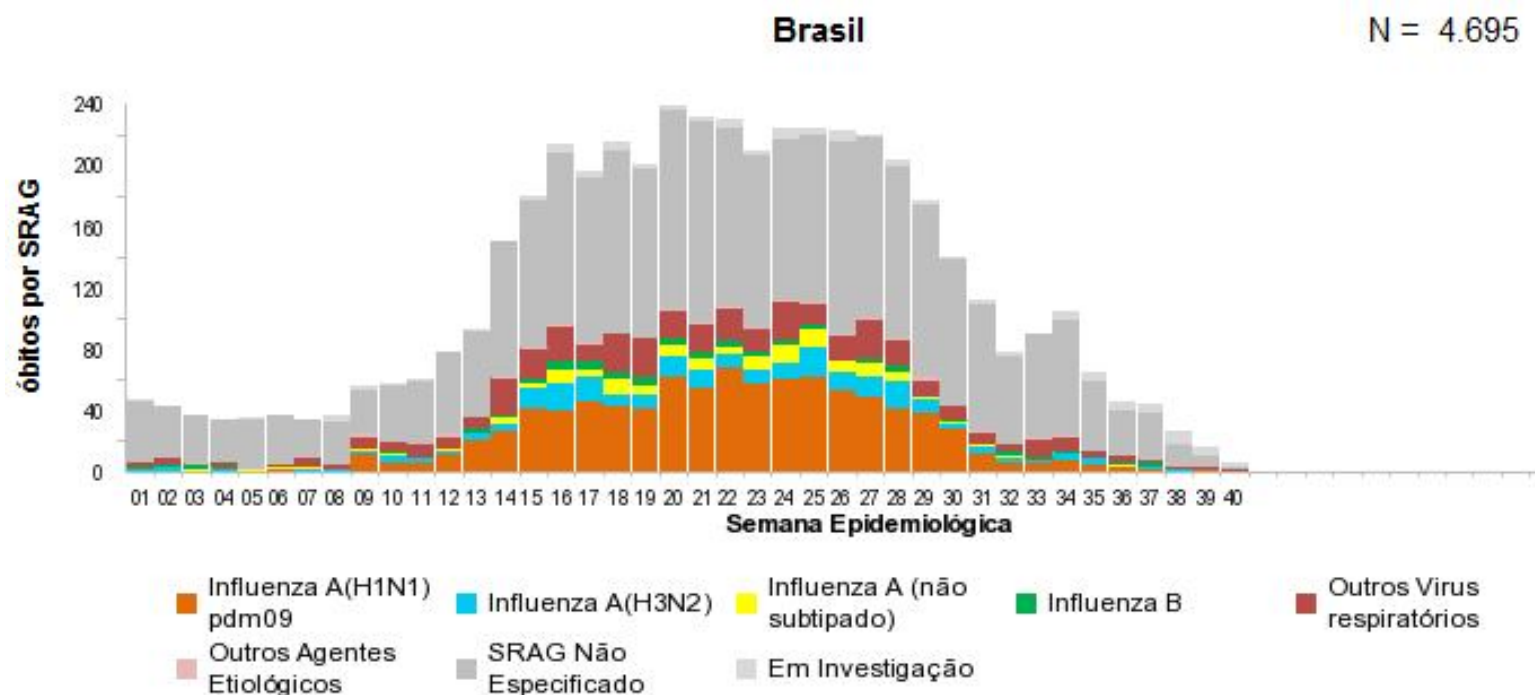
Data da informação: 08/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 40 de 2018 foram notificados 4.695 óbitos por SRAG, o que corresponde a 15,0% (4.695/31.291) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.333 (28,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 891 (66,8%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,7%) influenza A não subtipado, 72 (5,4%) por influenza B e 241 (18,1%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,4% (565/1.333), 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 40.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,64/100.000 habitantes. Dos 1.333 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.017 (76,3%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos $\geq$ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.038 (77,9%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

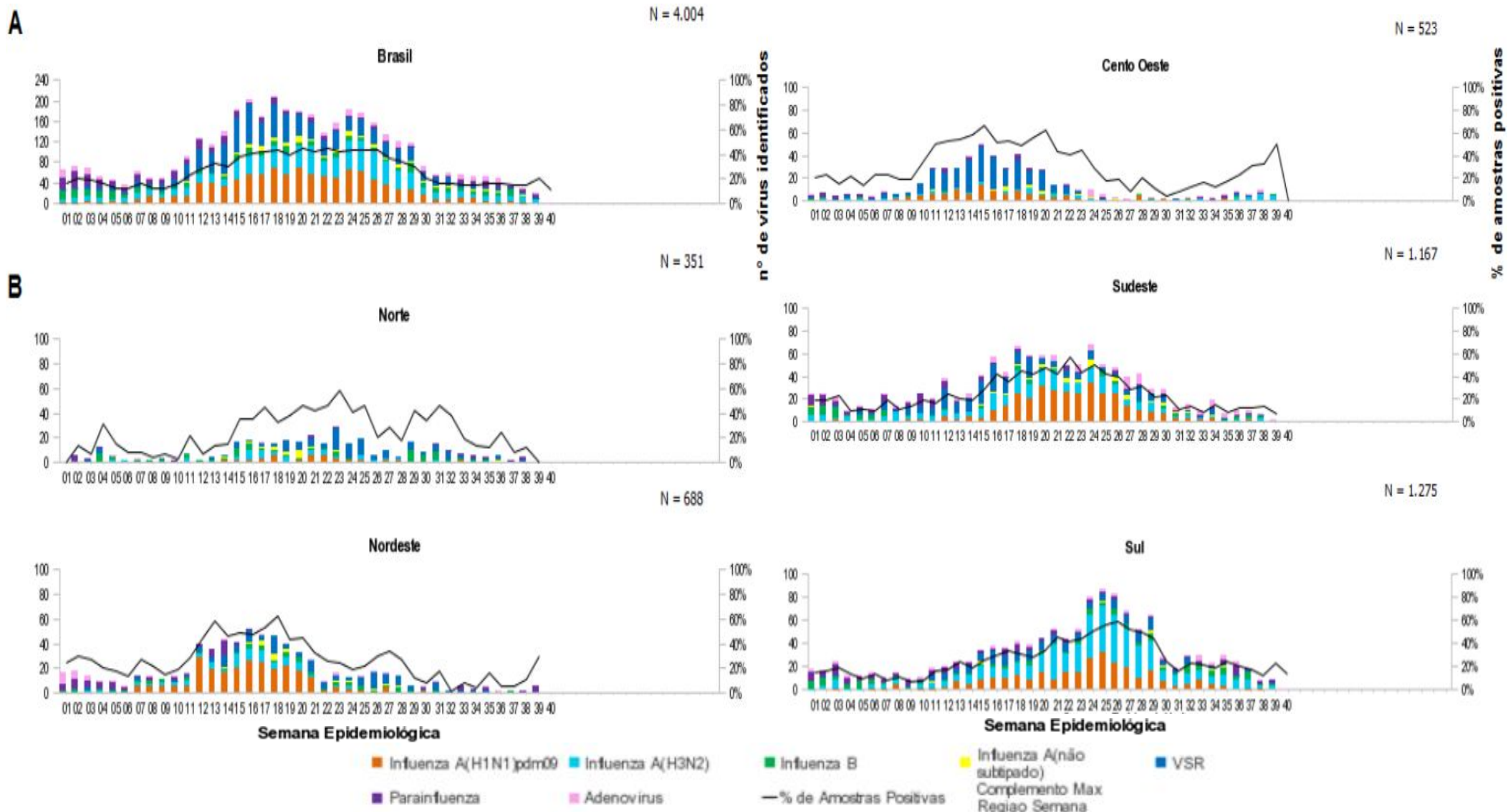
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 40.

Óbitos por Influenza (N = 1.333)	n	%
Com Fatores de Risco	1.017	76,3%
Adultos $\geq$ 60 anos	563	55,4%
Doença cardiovascular crônica	320	31,5%
Pneumopatias crônicas	244	24,0%
Diabete mellitus	237	23,3%
Obesidade	150	14,7%
Doença Neurológica crônica	106	10,4%
Doença Renal Crônica	96	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	86	8,5%
Gestante	16	1,6%
Doença Hepática crônica	26	2,6%
Criança < 5 anos	92	9,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	11	1,1%
Que utilizaram antiviral	1.038	77,9%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, 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 40.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

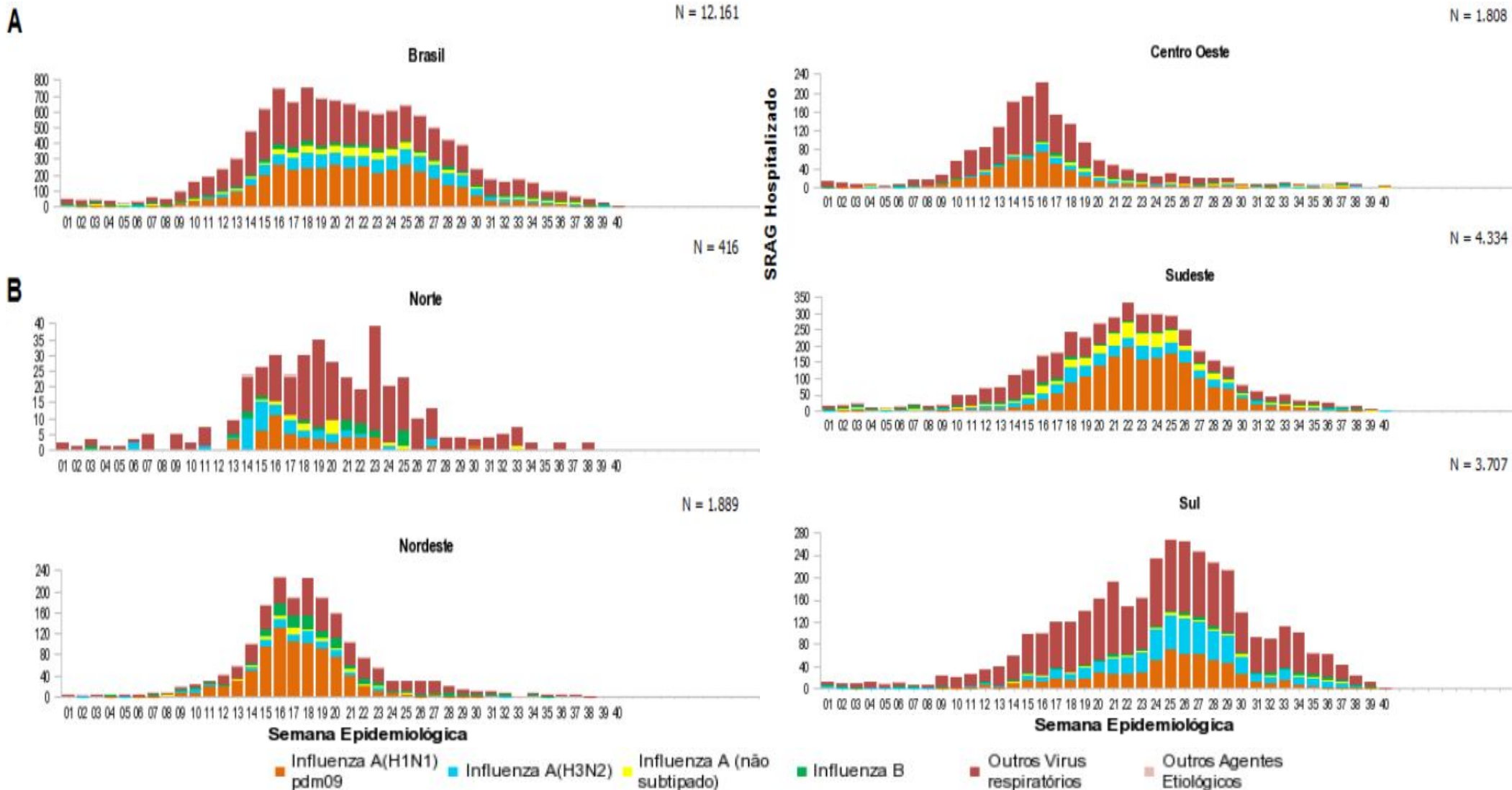
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 40.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza												SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza											
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos		
NORTE	1.370	175	48	11	44	10	13	1	20	3	125	25	289	30	2	0	810	117	144	3		
RONDÔNIA	72	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	60	12	3	0		
ACRE	234	39	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	31	3	0	0	145	32	40	0		
AMAZONAS	161	13	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	73	7	0	0	65	3	7	0		
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0		
PARÁ	780	86	15	3	30	8	8	1	10	0	63	12	164	18	1	0	468	56	84	0		
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	8	2	1	0		
TOCANTINS	105	22	10	4	3	1	3	0	2	1	18	6	16	2	1	0	61	11	9	3		
NORDESTE	5.821	691	831	161	142	20	55	13	173	24	1.201	218	668	56	20	4	3.028	373	904	40		
MARANHÃO	186	34	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	74	22	57	1		
PIAUÍ	379	55	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	58	5	3	1	173	29	2	0		
CEARÁ	1.247	156	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	817	75	35	5		
RIO GRANDE DO NORTE	277	66	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	26	2	0	0	105	40	62	9		
PARAÍBA	229	86	18	11	10	3	0	0	5	2	33	16	10	3	0	0	165	64	21	3		
PERNAMBUCO	1.622	78	94	16	49	8	0	0	9	1	152	25	2	0	1	0	842	38	625	15		
ALAGOAS	182	35	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	2	0	5	1	122	27	3	1		
SERGIPE	253	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	122	9	5	0		
BAHIA	1.446	161	191	31	35	5	12	1	44	9	282	46	457	40	5	0	608	69	94	6		
SUDESTE	12.556	2.183	1.830	487	566	95	456	96	148	26	3.000	704	1.293	108	40	17	7.499	1.295	724	59		
MINAS GERAIS	1.842	365	80	30	78	18	102	37	10	4	270	89	143	23	7	1	1.341	242	81	10		
ESPÍRITO SANTO	462	72	71	16	30	3	2	1	4	2	107	22	0	0	0	0	297	44	58	6		
RIO DE JANEIRO	1.154	163	81	20	18	4	25	1	44	3	168	28	321	46	4	2	520	83	141	4		
SÃO PAULO	9.098	1.583	1.598	421	440	70	327	57	90	17	2.455	565	829	39	29	14	5.341	926	444	39		
SUL	8.027	1.165	634	137	682	96	59	11	95	9	1.470	253	2.229	158	8	3	4.054	739	266	12		
PARANÁ	4.136	644	233	43	369	58	19	4	24	1	645	106	1.474	125	6	3	1.884	406	127	4		
SANTA CATARINA	1.315	225	150	32	154	19	9	1	16	2	329	54	348	25	0	0	622	145	16	1		
RIO GRANDE DO SUL	2.576	296	251	62	159	19	31	6	55	6	496	93	407	8	2	0	1.548	188	123	7		
CENTRO OESTE	3.494	475	489	93	136	20	48	8	34	10	707	131	1.093	70	8	3	1.580	260	106	11		
MATO GROSSO DO SUL	880	111	49	11	62	11	22	4	10	4	143	30	302	15	5	0	409	65	21	1		
MATO GROSSO	287	84	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	5	3	1	1	191	64	26	1		
GOIÁS	1.461	232	344	68	40	5	9	1	7	2	400	76	396	44	2	2	628	101	35	9		
DISTRITO FEDERAL	866	48	60	7	21	2	13	1	6	0	100	10	390	8	0	0	352	30	24	0		
BRASIL	31.268	4.689	3.832	889	1.570	241	631	129	470	72	6.503	1.331	5.572	422	78	27	16.971	2.784	2.144	125		
Outro País	21	6	3	2	2	0	0	0	1	0	6	2	2	1	0	0	12	3	1	0		
TOTAL	31.291	4.695	3.835	891	1.572	241	631	129	471	72	6.509	1.333	5.574	423	78	27	16.984	2.787	2.146	125		

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, 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 40.



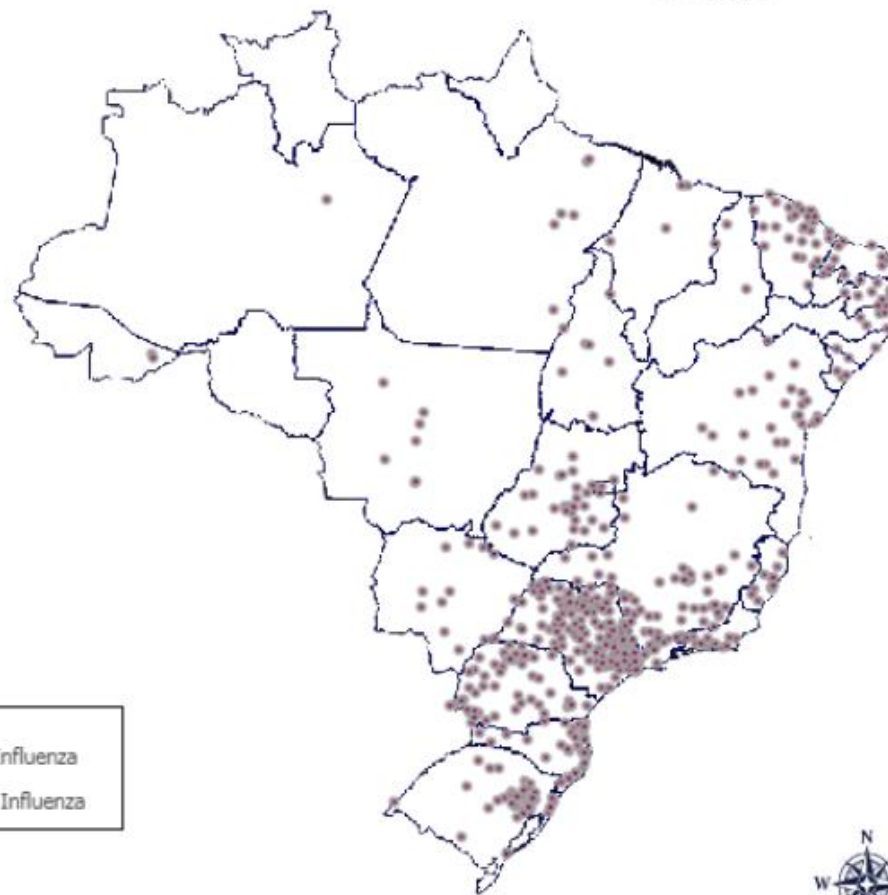
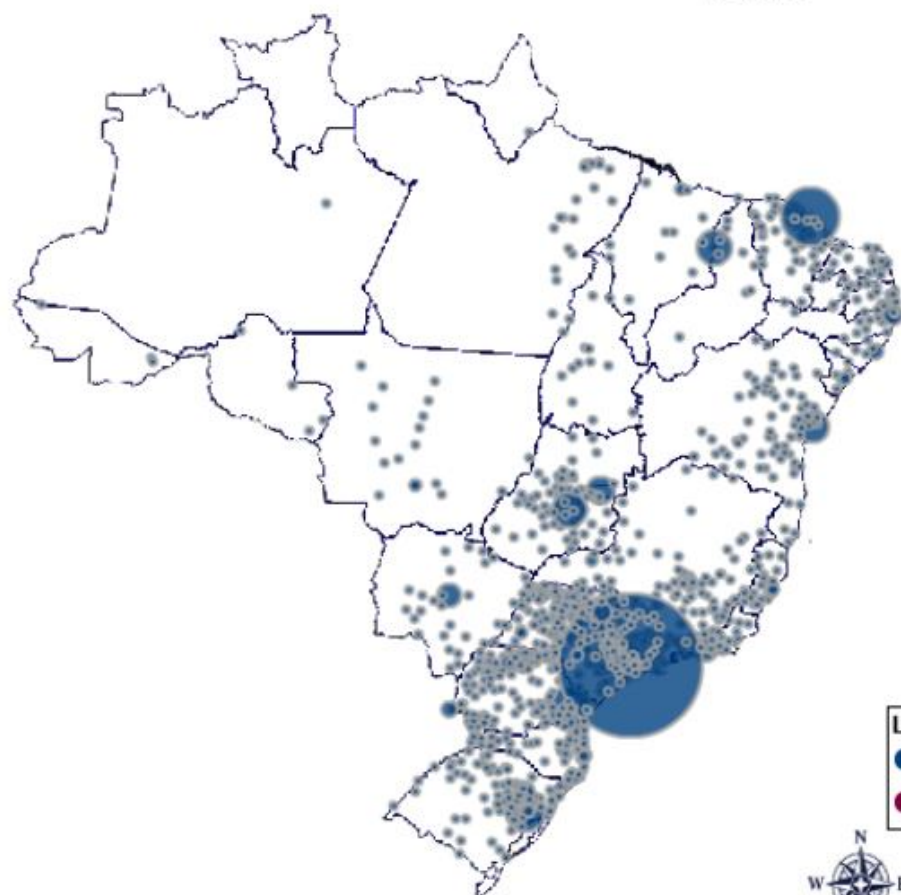
Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

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 40.

SRAG por Influenza
N=6.509

Óbitos por Influenza
N= 1.333



Legenda
● SRAG por Influenza
● Óbitos por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 8/10/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 41/2018

(07/10/2018 a 13/10/2018)

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

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

A **Bélgica** informou 73 casos de sarampo entre janeiro e julho de 2018, de acordo com o relatório nacional em setembro de 2018.

A **Bulgária** notificou 8 casos de sarampo até 7 de outubro de 2018. Este é um caso a menos do que o relatado no relatório anterior em 14 de setembro de 2018.

A **República Checa** informou 158 casos de sarampo até 31 de agosto de 2018. Em 14 de setembro de 2018, 91 casos de sarampo foram relatados em Praga.

A **Dinamarca** reportou um caso confirmado de sarampo em 21 de setembro de 2018. O paciente foi infectado durante uma viagem de avião.

A **Finlândia** registrou sete casos de sarampo em 5 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de três casos desde o relatório publicado em 9 de junho de 2018.

A **França** comunicou 2.702 casos até 19 de setembro de 2018, incluindo três mortes. Este é um aumento de 38 casos desde 29 de Julho de 2018. Desde o início do surto, em novembro de 2017, ocorreram 2.779 casos, incluindo três mortes, em todo o país. A maior incidência é em crianças menores de um ano de idade. Dos casos notificados, 23% foram hospitalizados e 89% não foram vacinados ou incompletamente vacinados. O surto tem uma tendência decrescente em todo o país.

A **Alemanha** comunicou 493 casos de sarampo até 9 de setembro de 2018. Este é um aumento de 24 casos desde o relatório nacional em 19 de agosto de 2018.

A **Grécia** comunicou 2.290 casos até 11 de outubro de 2018, incluindo dois óbitos. Este é um aumento de cinco casos desde 6 de Setembro de 2018. Até 11 de outubro de 2018 e desde o início do surto em maio de 2017, a

Grécia comunicou 3.258 casos de sarampo, dos quais 1.885 foram confirmados laboratorialmente. Entre os casos confirmados por laboratório, quatro mortes foram relatadas.

A **Hungria** comunicou 18 casos de sarampo até 23 de setembro de 2018. Não foram notificados novos casos desde 10 de junho de 2018 de acordo com os relatórios nacionais.

A **Irlanda** comunicou 86 casos de sarampo até 6 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de 2 casos desde o relatório anterior de 1º de setembro de 2018.

A **Itália** comunicou 2.248 casos de sarampo, incluindo seis mortes, entre 1º de janeiro e 31 de agosto de 2018. Este é um aumento de 219 casos, incluindo dois óbitos, desde o relatório anterior nacional de 30 de junho de 2018 e o relatório anterior de 14 de setembro de 2018.

A idade mediana dos casos é de 25 anos e 91% dos casos não foram vacinados. Noventa e oito casos foram relatados entre trabalhadores de saúde. São notificados casos de todas as 20 regiões, mas 88% dos casos eram de sete regiões: Sicília (1.116), Lácio (230), Calábria (172), Campânia (164), Lombardia (148), Emília-Romanha (88) e Toscana (72).

A **Letônia** notificou 20 casos de sarampo entre janeiro e julho de 2018. Este é um aumento de cinco casos desde o relatório anterior publicado em março.

A **Lituânia** reportou um caso em 31 de agosto de 2018. O caso foi relatado em julho. Nenhum caso foi relatado em 2017.

Luxemburgo: Em 4 de setembro de 2018, fontes da comunicação social, citando autoridades de saúde, notificaram sete casos de sarampo no Luxemburgo em 2017 e 2018. Todos os casos foram importados.

A **Holanda** relatou 0,1 casos de sarampo por 100.000 habitantes em 2018. De acordo com dados do TESSy, houve 22 casos relatados em 2018.

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

A **Noruega** relatou 10 casos de sarampo em 2018.

A **Polônia** comunicou 123 casos de sarampo em 30 de setembro de 2018. Trata-se de um aumento de 7 casos desde o relatório anterior em 31 de agosto de 2018.

A **Romênia** comunicou 5.100 casos de sarampo, incluindo 22 mortes, em 2018, até 5 de outubro de 2018. Este é um aumento de 192 casos desde o relatório anterior em 14 de setembro de 2018. Desde o início do surto em outubro de 2016 até 5 de outubro de 2018, a Romênia registrou 15.379 casos de sarampo confirmados, incluindo 59 mortes.

A **Espanha** comunicou 213 casos confirmados de sarampo em 2018, até 7 de outubro de 2018. Desde o relatório anterior, em 14 de setembro de 2018, representa um aumento de seis casos em todo o país.

A **Suécia** informou 35 casos de sarampo desde o início de 2018 até 4 de outubro de 2018. Este é um aumento de dois casos desde o relatório anterior em 14 de setembro de 2018.

A **Suíça** comunicou 40 casos em 2 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de 12 casos desde o relatório anterior em 14 de setembro de 2018.

Reino Unido (Inglaterra e País de Gales): entre 1º de janeiro de 2018 e 10 de setembro de 2018, foram confirmados 876 casos de sarampo na Inglaterra. Casos foram relatados na maioria das áreas, em Londres (305), no Sudeste (188), no Sudoeste (141), West Midlands (87) e Yorkshire e Humberside (84). Este é um aumento de 138 casos desde o relatório publicado em 11 de agosto de 2018.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA

Em 3 de outubro de 2018, fontes da mídia que citam autoridades de saúde relataram um surto de sarampo em Israel, com 480 casos registrados entre janeiro e setembro de 2018.

A **Rússia** comunicou 1.953 casos de sarampo de janeiro a julho de 2018. Trata-se de um aumento de 236 casos desde o relatório anterior em 11 de agosto de 2018.

A **Sérvia** comunicou 5.741 casos, incluindo 15 mortes, entre outubro de 2017 e 5 de outubro de 2018. Este é um aumento de 16 casos desde 7 de setembro de 2018. Dos casos notificados, 2.893 foram confirmados.

A **Ucrânia** informou 32.489 casos de sarampo em 2018 até 9 de outubro de 2018, incluindo 14 mortes. Este é um aumento de 1.745 casos e 1 morte desde o relatório anterior em 14 de setembro de 2018. Entre os casos, 13.013 eram adultos e 19.476 eram crianças.

A maioria dos casos foi relatada em Lviv, Zakarpattia, Ivano-Frankivsk, Odessa, na cidade de Kiev e na região de Ternopil.

De acordo com a OMS, até 29 de setembro de 2018, 11 países relataram 6.670 casos confirmados nas Américas.



Fonte: google.com.br

FEBRE DO NILO OCIDENTAL



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Entre 5 e 11 de outubro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 85 casos de infecção pelo vírus do Nilo Ocidental (FNO): Itália (41), na Romênia (12), Grécia (11), França (6), Hungria (6), Bulgária (5), Áustria (3) e República Checa (1). Países vizinhos da UE relataram 48 casos: Israel (29) e Sérvia (19).

Em dois domínios, foram notificados pela primeira vez casos humanos numa nova área na França e um na Bulgária. Todos outros casos humanos foram relatados em áreas que foram afetadas durante as temporadas de transmissão anteriores.

Nesta semana, 12 mortes foram registradas pela Itália (7), Romênia (2), Sérvia (2) e Grécia (1).

Na mesma semana, 13 surtos entre equídeos foram relatados pela Hungria (5), França (3), Itália (2), Alemanha (1), Grécia (1) e Espanha (1).

Em setembro, um veterinário de 31 anos foi diagnosticado com suspeita de infecção pelo FNO após realizar uma autópsia em uma coruja encontrada morta em um parque de animais selvagens perto de Poing, Ebersberg, Baviera, Alemanha. A FNO foi detectada na coruja por PCR em amostras de tecido recuperadas durante a autópsia. No veterinário, testes sorológicos positivos com anticorpos IgM (IF título 1:80) indicou fortemente infecção por FNO. Outros testes de amostras de acompanhamento do paciente para confirmar o diagnóstico estão pendentes.

Infecções por FNO adquiridas após exposição ocupacional por necropsia em aves (jay azul, EUA, 2002), camundongos (EUA, 2002) e cavalos (África do Sul, 2008) foram relatados na literatura e não são inesperados. É importante notar que, neste caso, a transmissão por mosquitos pode ser excluída.

Até 11 de outubro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 1.402 casos: na Itália (536), na Grécia (294) e na Romênia (268), Hungria (203), Croácia (45), França (22), Áustria (18), Bulgária (11), Eslovênia (3) e

República Checa (2). Países vizinhos comunicaram 482 casos humanos na Sérvia (369), em Israel (110) e no Kosovo (3). Até o momento, 154 mortes devido a infecção pelo vírus do Nilo foi notificada pela Itália (43), Romênia (38), Grécia (35), Sérvia (34), Bulgária (1), República Checa (1), Hungria (1) e Kosovo (1).

Durante a atual temporada de transmissão, 235 surtos entre equídeos foram relatados pela Itália (122), Hungria (84), Grécia (14), França (8), Romênia (2), Alemanha (2), Áustria (1), Espanha (1) e Eslovênia (1).

De acordo com a Diretiva 2014/110 / EU da Comissão Europeia, os futuros doadores de sangue devem adiar por 28 dias a doação, a menos que os resultados de testes sejam negativos.

A temporada de transmissão de 2018 começou mais cedo do que o normal e números de casos mais altos foram relatados em comparação com o mesmo período em anos anteriores. Este ano, a Alemanha detectou a primeira infecção autóctone do vírus do Nilo Ocidental no país. Todos outros casos humanos autóctones foram relatados em países anteriormente afetados. Uma vez que é uma transmissão particularmente intensa nesta temporada, medidas de precaução para viajantes e residentes, principalmente idosos e imunocomprometidos para áreas afetadas devem ser destacadas.

ÉBOLA



Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 12/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em 10 de outubro de 2018, havia 200 casos de doença pelo vírus Ebola (165 confirmados, 35 prováveis), incluindo 125 mortes (90 casos confirmados), desde o início do surto.

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

Atividades de resposta: De acordo com as operações europeias de proteção civil e ajuda humanitária (ECHO), até 10 de outubro de 2018, 2.652 contatos foram identificados em Beni (1.683), Butembo (280), Masereka (243), Mabalako (200), Tchomia (119), Komanda (73), Mandima (53) e Musienene (1). No total, 52,3% desses contatos foram acompanhados.

De acordo com a última atualização do Ministério da Saúde, até 10 de outubro de 2018, 15.807 pessoas foram vacinadas em Beni (5.838), Mabalako (4.289), Mandima (1.663), Katwa (1.392), Butembo (1.085), Maserka (390), Tchomia (355), Bunia (434), Komanda (240) e Oicha (121).

Viagens: Uganda, com elevada mobilidade transfronteiriça com a RDC, implementou um plano de preparação com o apoio da OMS que abrange as seguintes áreas: coordenação, investigações e vigilância, comunicação de risco, comunicação transfronteiriça, triagem de entrada em todos os principais pontos de fronteira em todos os distritos de muito alto risco, diagnósticos laboratoriais e gerenciamento de casos.

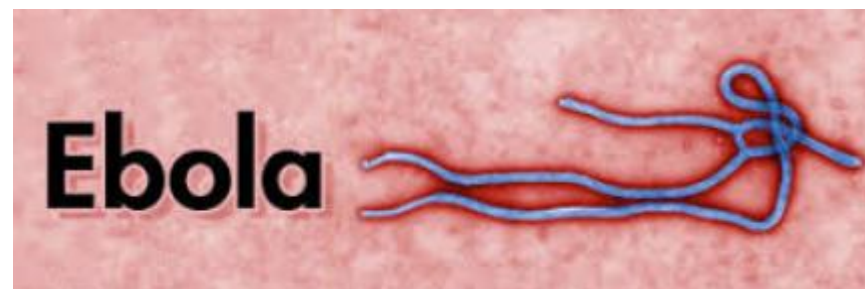
O Sudão do Sul é um dos quatro países de alto risco priorizados pela OMS para melhorar a prontidão operacional e ativou um grupo de trabalho multissetorial da doença causada pelo vírus Ebola para coordenar as atividades de prontidão e resposta. Além disso, o Burundi, o Ruanda e o Zimbabué estabeleceram o rastreamento de entrada. Segundo a OMS, até 11 de outubro a triagem foi estabelecida em 57 pontos de entrada.

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

Além disso, o CDC e a OMS emitiram recomendações de viagem.

Embora não tenham sido documentados casos confirmados em países vizinhos até 10 de outubro de 2018, o fato do surto estar próximo de áreas com um importante fluxo de população transfronteiriça com Ruanda e Uganda continua a ser uma preocupação especial. Além disso, a implementação de medidas de resposta no campo continua a ser um desafio, porque o surto ocorre em áreas afetadas por crises humanitárias prolongadas e uma situação de segurança instável decorrente de um conflito armado complexo.

A probabilidade de exposição à doença para os cidadãos da UE / EEE que vivem ou viajam em áreas afetadas pela doença do vírus Ebola da RDC é baixa, desde que respeitem as medidas de precaução recomendadas. O risco global de introdução e disseminação do vírus ébola na UE / EEE é muito baixo. No entanto, o risco só pode ser eliminado parando a transmissão em um nível local.



Fonte: google.com.br

DOENÇAS INFECCIOSAS

Local de ocorrência: Venezuela

Data da informação: 09/10/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Pelo menos 168 pessoas morreram no país desde 2016 devido a casos de difteria - estimada em 1.900 -, informou María Gacriela López, presidente da Sociedade Venezuelana de Doenças Infecciosas.

Ela observou que o reaparecimento da doença (fazia 24 anos sem registro de um caso no país), teve origem no estado de Bolívar, embora as autoridades de saúde estavam cientes disso e que foi devido a "diminuição da cobertura vacinal".

Ela argumentou que as pessoas de todas as idades podem ficar doentes com difteria, que podem ser prevenidas por vacinas, e citou o caso de um septuagenário que entrou no Hospital Vargas de Caracas com a doença.

Por outro lado, alertou para a "epidemia" de sarampo na Venezuela, que estimou em cerca de 4.500 casos entre 2017 e 2018, o que - disse - 3.000 ocorreu este ano [2018], um valor que excedeu aparências semelhantes nos anos 2001 e 2007. "Já temos circulação do vírus endemicamente, isto é, constantemente em nossos estados (...) Há casos muito concentrados nos estados do centro: no Distrito Capital, Miranda, Vargas, Aragua", afirmou.

López comentou que somente no Hospital de Niños J.M. de Los Ríos de Caracas, 1.000 casos de sarampo foram registrados este ano [2018]. "Por estas razões, estamos exportando os casos para os países vizinhos, infelizmente", disse ela.

Também observou que, até 31 agosto de 2018 houve 2.160 casos de crianças com tosse, que lembra coqueluche", muitas dessas crianças morreram.

"O caso da coqueluche é tratado com antibióticos (macrolídeos)", disse um médico, que lembrou que no país "há uma falta generalizada de todos os tipos de antibióticos". Ele também disse que "a maioria dessas crianças que morreram tiveram suas doses incompletas".

O médico disse que os pacientes com HIV não estão recebendo, o tratamento anti-retroviral permanentemente porque durante os últimos três anos o fornecimento destes medicamentos tem sido limitado, intermitente e, em alguns meses "inexistentes".

De acordo com dados da Sociedade Venezuelana de Doenças Infecciosas, atualmente existem cerca de 2.000 crianças no país em tratamento para HIV e "para cada criança tratada provavelmente tem dois ou três sem um diagnóstico", de acordo com o presidente da organização, que observou que na Venezuela não há números concretos de pacientes infectados com este retrovírus.

O profissional de saúde disse que de acordo com dados de 2017, houve um aumento de 68% de malária no país. Em meados deste ano, cerca de 320.000 casos foram registrados com um grande foco em Bolívar, sendo também distribuído em pelo menos outros 17 estados.

Ele acrescentou que, de acordo com especialistas da Sociedade Venezuelana de Doenças Infecciosas de Medicina Tropical, as estimativas de casos de malária são em torno de um milhão, incluindo recaídas e recrudescimento da doença.

Lopez indicou que a disponibilidade de tratamento contra a malária foi comprometida e recordou que é uma "doença que não é impedida pela vacina, mas por controle de vetores. Ou seja, é necessário tratamento para os doentes, tratar as pessoas que viajarão para os locais (...) e medidas ambientais e de controle de vetores são necessárias".

Ela disse que a exploração da mineração no estado de Bolívar, fez com que se deteriorasse as condições sanitárias da área e diminuiu medidas de controle ambiental, como a vigilância epidemiológica.

"Há exploração e falta de controle em relação à exploração de ouro e minas e isso fez uma mudança ambiental", disse ela.

DENGUE

Local de ocorrência: Espanha/Portugal

Data da informação: 10/10/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

A notícia de que na Espanha foram detectados esta semana [outubro/2018] 2 casos autóctones de dengue, dois familiares que não tinham saído do país e que ficaram infectados, não deixou as autoridades de saúde portuguesas à beira de um ataque de nervos. O mosquito *Aedes albopictus*, que transmite não só dengue mas também outros vírus, como o zika, já foi detectado em Portugal continental (no Norte e no Algarve) em 2017, mas apenas em pequeno número, e as autoridades nacionais asseguram que os nossos sistemas de vigilância estão a funcionar.

A diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, e a coordenadora da Rede de Vigilância de Vetores do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, Maria João Alves, afirmam que não há, por enquanto, razões para alarme nem sinais de risco acrescido para a saúde da população em Portugal, onde a situação tem estado sempre a ser monitorizada. Mas sublinham que estão atentas.

A imprensa espanhola anunciou na quarta-feira [10/outubro/2018] que “a dengue chegou a Espanha”, dando conta de que a doença originária de zonas tropicais provocou os primeiros casos autóctones no país - 2 familiares que contraíram a patologia depois de passarem férias em municípios de Múrcia e Cádiz. Ambos já tiveram alta e há ainda um terceiro caso suspeito que aguarda os resultados das análises.

"Não há razões para alarme, mas há razões para estarmos atentos e melhorarmos a vigilância", assume a diretora-geral da saúde, que garante que, por enquanto, o risco "é muito pouco significativo em Portugal", uma vez que as colónias deste tipo de mosquito de origem asiática até ao momento identificadas em território nacional (em Penafiel e no Algarve, em 2017) são "muito pequenas". Já Espanha tem maiores colónias de mosquitos em determinadas regiões do país, uma vez que tem condições atmosféricas que propiciam a sua multiplicação, explica.

Esta espécie do mosquito (*Aedes albopictus*), que é de origem asiática, tem sido detectada em vários locais na Europa ao longo dos últimos anos, e o fato de se ter encontrado não significa, por enquanto, que haja invasão, sublinha. "Há 30 anos que anda a aproximar-se da Europa, a conquistar terreno", diz Graça Freitas.

"Têm sido notificados na Europa casos autóctones (de pessoas que não viajaram para fora do país) mas esporádicos. Houve dois casos na França em 2010" e no ano seguinte também foram detectados "alguns casos na Croácia", recorda também Maria João Alves. Aliás, a rede que coordena, a Revive, tem procurado esta espécie de mosquito desde 2008, afirma a especialista, frisando que a estratégia passa por estar vigilante para detectar e reagir antecipadamente, de maneira a evitar que os mosquitos se tornem abundantes.

Maria João Alves lembra também que na região da Madeira, onde outra espécie deste género de mosquito (*Aedes aegypti*) existe desde 2005, ocorreu um primeiro surto de dengue em 2012, com mais de 1300 casos clinicamente analisados. São, assim, precisos alguns anos desde a introdução dos mosquitos para que haja transmissão no próprio território, acentua.

Apesar de ser esperada pelos especialistas, que dizem que "era apenas uma questão de tempo", a confirmação dos primeiros casos autóctones na Espanha foi considerada "muito relevante", do ponto de vista epidemiológico, por José Manuel Cisneros, presidente da Sociedade Espanhola de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica, em declarações ao El País. "Temos uma nova doença infecciosa para enfrentar, apesar de contarmos com um sistema sanitário preparado, muito mais do que o da maioria dos países em que o dengue tem tido um grande impacto na saúde pública", afirmou José Manuel Cisneros.

CÓLERA

Local de ocorrência: Zimbabuê

Data da informação: 12/10/2018

Fonte da informação: observador.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de vítimas do surto de cólera no Zimbabuê subiu para 54, depois de as autoridades registrarem cinco mortes na área de Buhera, a cerca de 150 quilômetros da fronteira com Moçambique.

O anúncio foi feito esta sexta-feira pelo ministro da Saúde zimbabueano, Obadiah Moyo, na capital, Harare, durante uma cerimônia de doação de medicamentos e desinfetantes para combater a epidemia. “O número de mortes tinha estagnado em 49, e subitamente cinco pessoas morreram em Buhera na semana passada, então o número subiu para 54”, disse Moyo, citado pelos média locais.

Apesar do aumento do número de mortes, o ministro acredita que há sucesso no controle da cólera e da febre tifoide.

O atual surto de cólera no Zimbabuê foi detectado em 6 de setembro, nos subúrbios de Glen View e Budiriro, e terá tido origem na contaminação da água dos poços comunitários depois de uma fuga nas canalizações. O caso levou a que o Executivo declarasse estado de emergência e adotasse várias medidas para conter a disseminação da doença.

No passado dia 26 de setembro, a Organização Mundial de Saúde afirmou que o número de casos de contágio ultrapassa os 6.400.

Com 54 mortes, este surto de cólera é o mais mortal desde o de 2008/09, quando a doença matou mais de 4.000 pessoas e infectou cerca de 100.000 no Zimbabuê.

Esta é a quarta vez nos últimos 15 anos que esta nação da África Austral sofre um surto de cólera, uma doença tratável que causa vômitos e diarreia intensos, e que pode chegar a ser mortal se não for tratada a tempo.



Fonte: google.com.br

Cólera



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

Fonte: google.com.br

HANTAVIROSE

Local de ocorrência: Bolívia

Data da informação: 14/10/2018

Fonte da informação: outbreaknewstoday.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde da Bolívia informou esta semana que 13 militares foram infectados com hantavírus nos campos militares da Força-Tarefa Conjunta das Yungas, incluindo uma morte e dois casos que requerem cuidados intensivos.

Isso levou as autoridades de saúde a enviar uma equipe para a região. "Nos três pontos do Inca Huara, Sigüana Chico e Puerto Aroma do município de La Asunta, 15 médicos, pessoal de laboratório, biólogos, pessoal técnico, especialistas em zoonoses, manipulação de roedores coletam amostras e verificam espécimes de roedores capturados" disseram as autoridades.

O Chefe Nacional de Epidemiologia, Vicente González Aramayo, também observou que os especialistas realizarão análises de ambientes, alimentos, água, entre outros.

"A equipe médica vai se concentrar na revisão clínica ou 'triagem' do pessoal que foi exposto ao vírus e ter alguma relação com o primeiro caso positivo, a fim de determinar a possível fonte de infecção", acrescentou.

"Nós declaramos a quarentena em três departamentos de trabalho conjunto, portanto suspendemos o trabalho de erradicação até que o Ministério da Saúde garanta as condições adequadas para continuar com o trabalho", disse ele.

No nível nacional, há 34 casos de hantavírus: 2 foram registrados no departamento de Cochabamba, 10 casos em Santa Cruz, 9 em Tarija e 13 casos na região de Yungas, no departamento de La Paz.



HANTAVIROSE

CUIDADO! ESSA DOENÇA PODE SER FATAL

O que é Hantavirose?
É uma doença perigosa, que pode ser fatal. Ela é causada por um vírus presente na urina, fezes e saliva dos ratos silvestres.

Como se pega a doença?
Pela respiração de poeiras contaminadas com vírus existentes na urina, fezes e saliva de ratos, principalmente em locais fechados. Também pode-se pegar a doença pela mordida do rato.

Quais são os principais sintomas?
No começo parece com uma gripe. A pessoa sente febre, dor de cabeça, dores pelo corpo, tosse seca e falta de ar. Também podem ocorrer náuseas, vômitos e diarreia.

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/10/2018

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

Para alcançar a meta de erradicação, a parceria GPEI trabalha incansavelmente para fortalecer a vigilância, melhorar as atividades de imunização e garantir uma resposta rápida e eficaz ao surgimento de qualquer vírus polio. Este trabalho é essencial para interromper a transmissão e erradicar tanto o vírus da poliomielite selvagem (WPV) quanto o poliovírus derivado da vacina (VDPV) do mundo. Existem 3 cepas do WPV, tipo 1, tipo 2 e tipo 3. O tipo 2 já foi erradicado, o tipo 3 não é visto no mundo desde 2012 e o tipo 1 permanece apenas em três países endêmicos, Afeganistão, Nigéria e Paquistão. Os VDPVs também ocorrem em três tipos, como o WPV. O grupo de países do G20 mantém a erradicação da poliomielite em suas prioridades: em sua declaração após a reunião ministerial de saúde do G20, os ministros reconhecem “a importância de erradicar a pólio” e planejam um mundo sustentável livre da pólio.

O Dia Mundial da Pólio está chegando em 24 de outubro: junte-se a parceiros em todo o mundo para tornar o Dia Mundial da Pólio deste ano um sucesso.

Resumo dos vírus recém-relatados nesta semana: nenhum novo caso de poliovírus selvagem e cinco novos casos de poliovírus derivado de vacina circulante (cVDPV); Níger - um novo caso de cVDPV2; Nigéria - dois novos casos de cVDPV2; Somália - um novo caso de cVDPV2; Papua Nova Guiné - um novo caso de cVDPV1. Amostras positivas de vigilância ambiental: poliovírus selvagem no Paquistão (10); cVDPV2 na Somália (1).

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	19	61	11	61	22	96
- in endemic countries	19	16	11	0	22	0
- in non-endemic countries	0	45	0	61	0	96

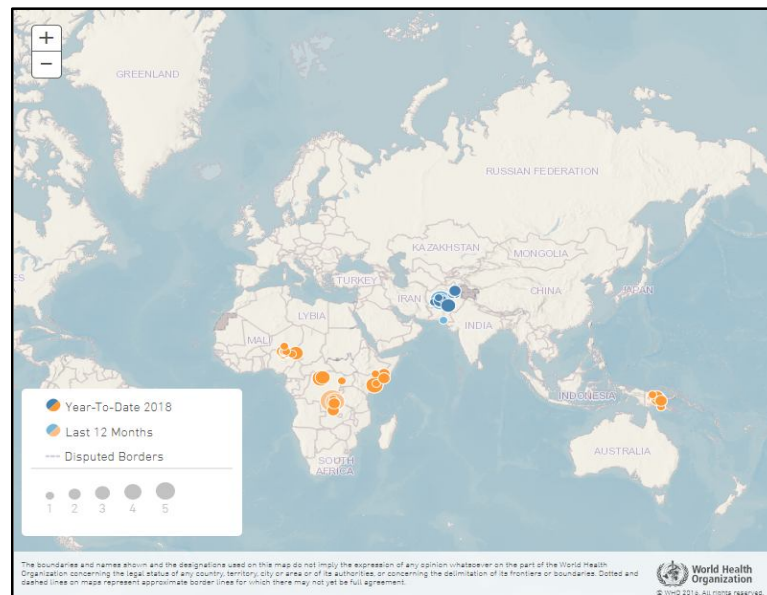
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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	15	0	6	0	14	0	27-Aug-2018	NA
Rep Dem Congo	0	15	0	9	0	22	NA	5-Aug-2018
Niger	0	3	0	0	0	0	NA	14-Aug-2018
Nigéria	0	16	0	0	0	0	NA	11-Sep-2018
Paquistão	4	0	5	0	8	0	1-Aug-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	15	0	0	0	0	NA	12-Aug-2018
Somália	0	12	0	0	0	0	NA	02-Sep-2018
Síria	0	0	0	52	0	74	NA	21-Sep-2017

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 15 de outubro de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 01/10/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



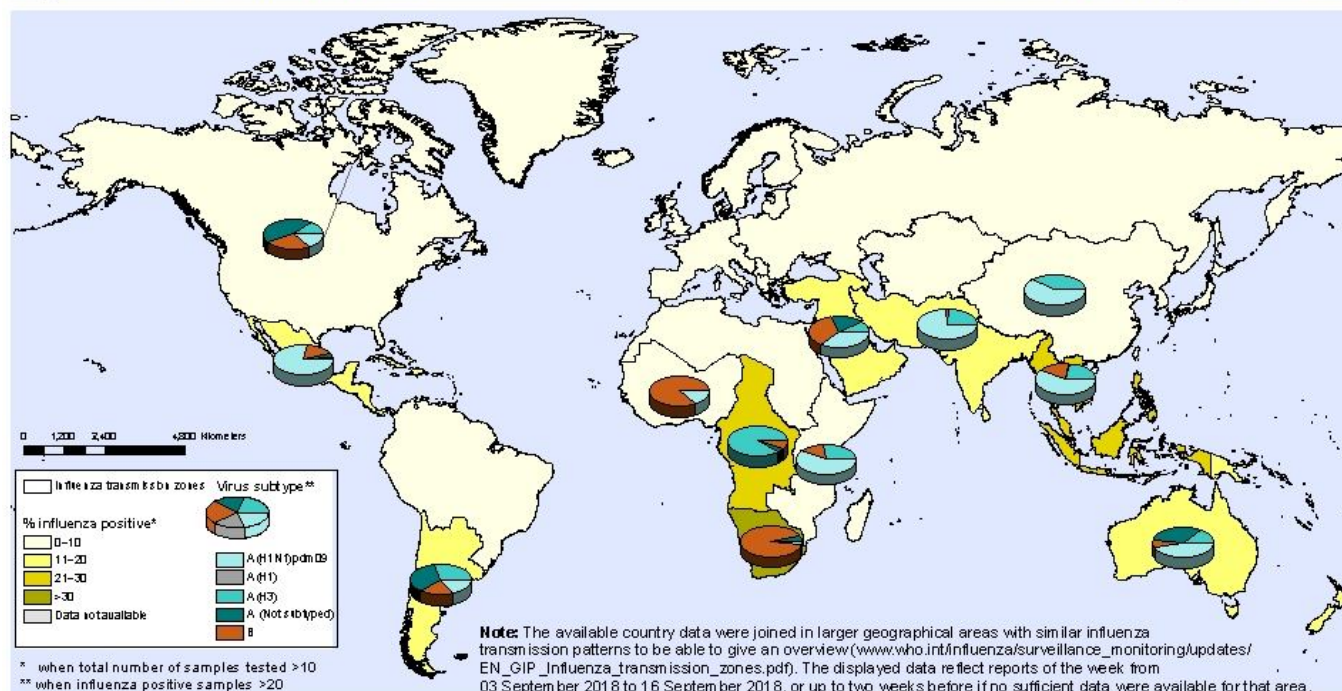
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe pareceu diminuir na América do Sul e na África Austral. A atividade da gripe permaneceu em baixos níveis sazonais na Austrália e na Nova Zelândia e em níveis inter-sazonais na maior parte da zona temperada do hemisfério norte. Detecções de gripe aumentadas foram relatadas em alguns países do sul e sudeste da Ásia. 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 85 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 3 de setembro de 2018 a 16 de setembro de 2018 (dados de 2018-09-28 04:54:34 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 68731 espécimes durante esse período de tempo. 2512 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 2120 (84,4%) foram tipificados como influenza A e 392 (15,6%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 1104 (65,3%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 586 (34,7%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 54 (55,1%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 44 (44,9%) à linhagem B-Victoria.

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

Status as of 28 September 2018



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

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

World Health Organization
© WHO 2018. All rights reserved.

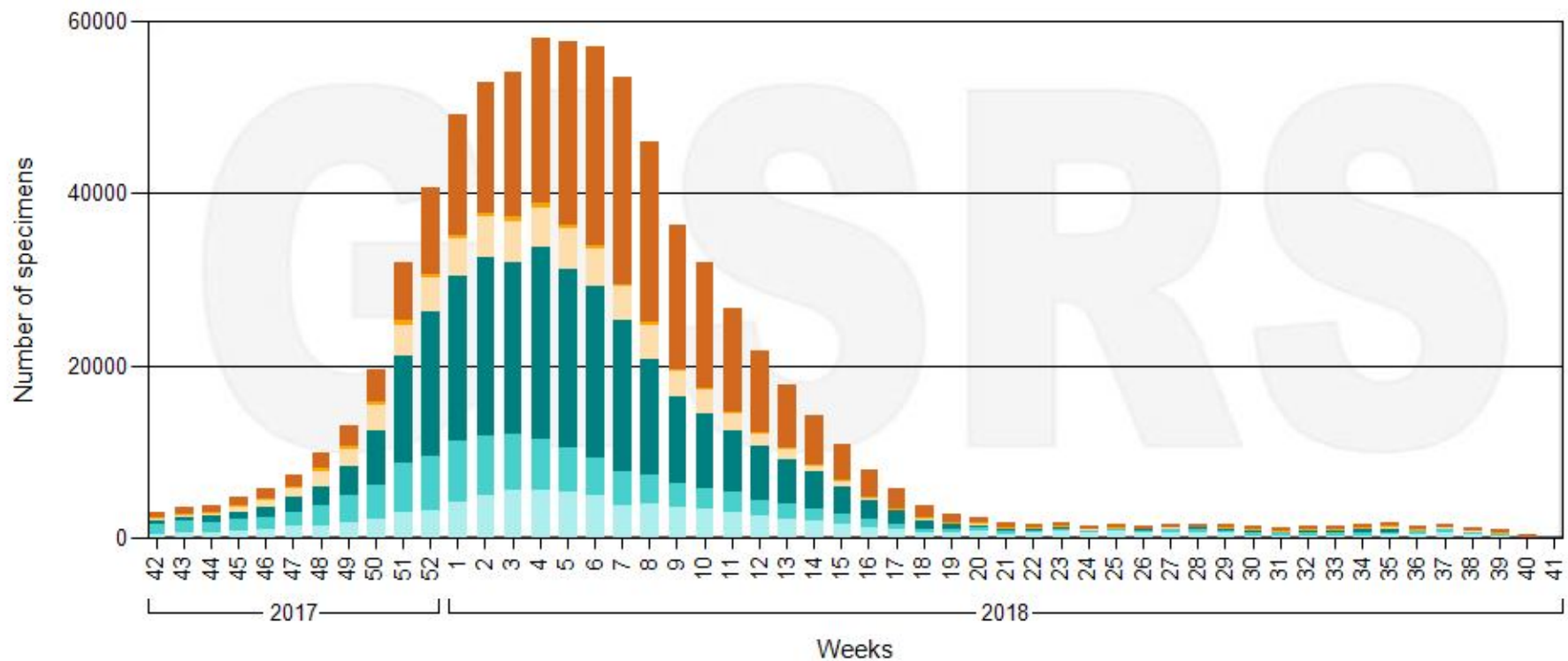
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 15/10/2018 18:34:19 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



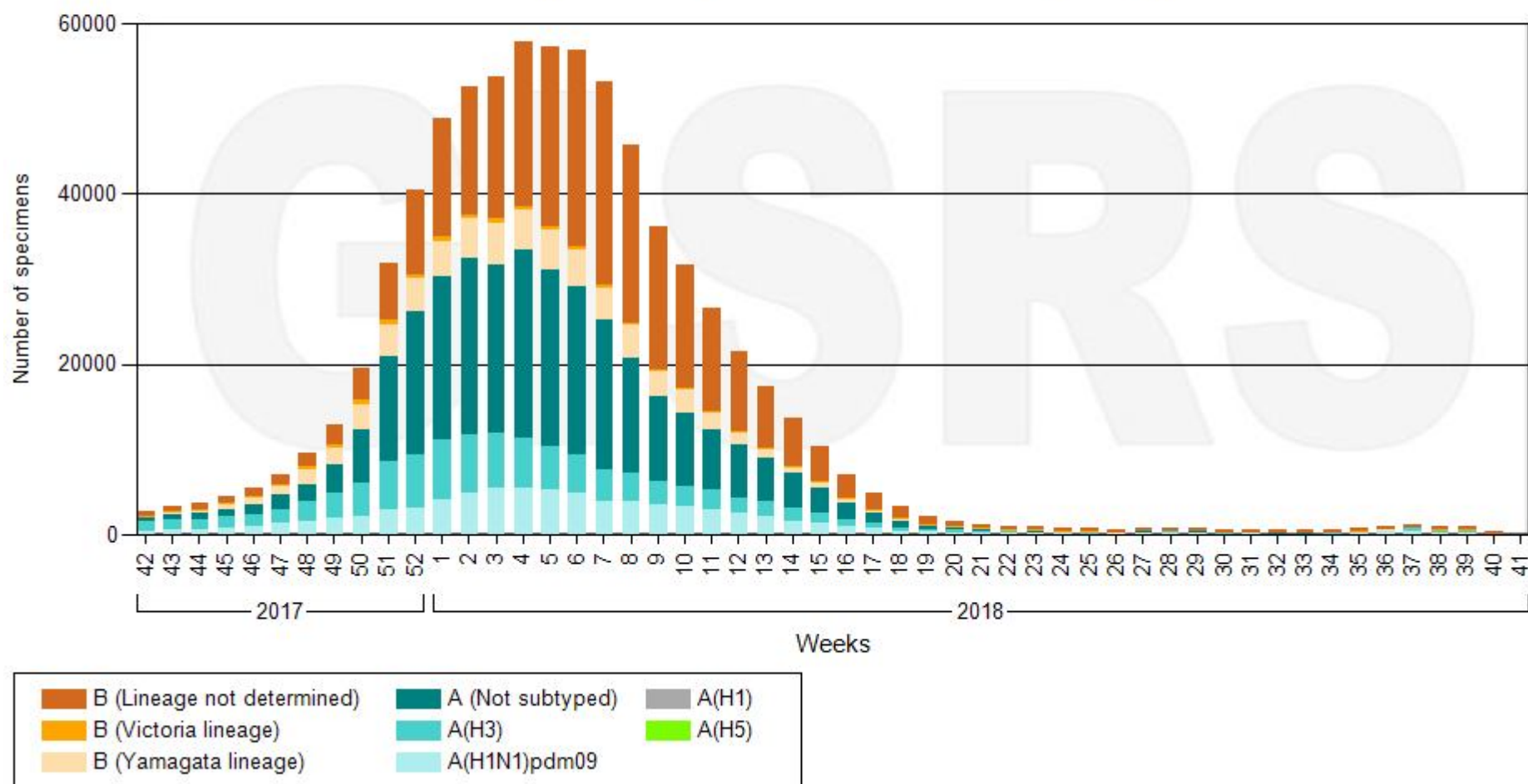
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 15/10/2018 18:41:03 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



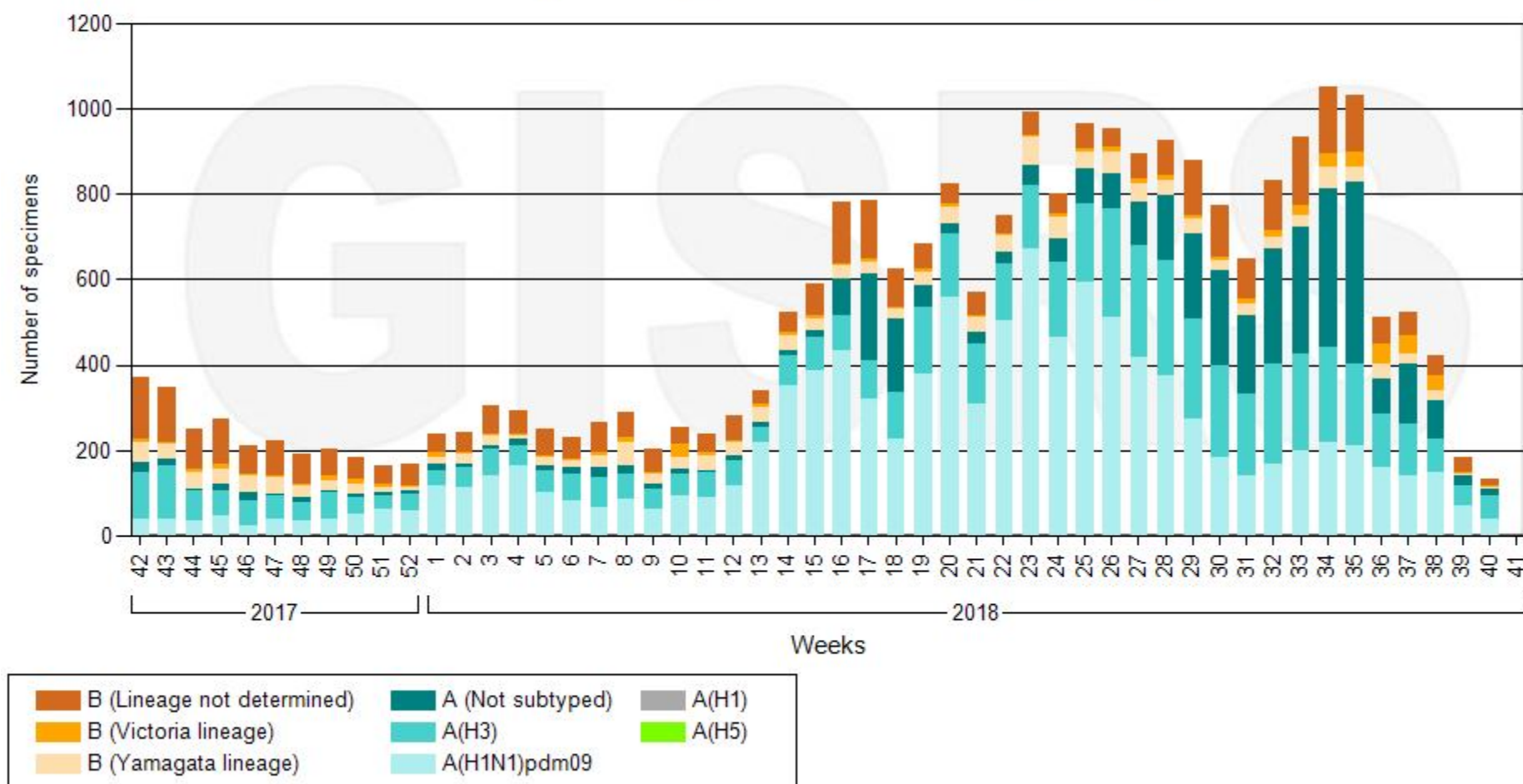
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 15/10/2018 18:41:37 UTC

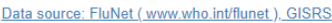
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

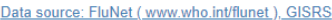
Number of specimens positive for influenza by subtype



Number of specimens positive for influenza by subtype



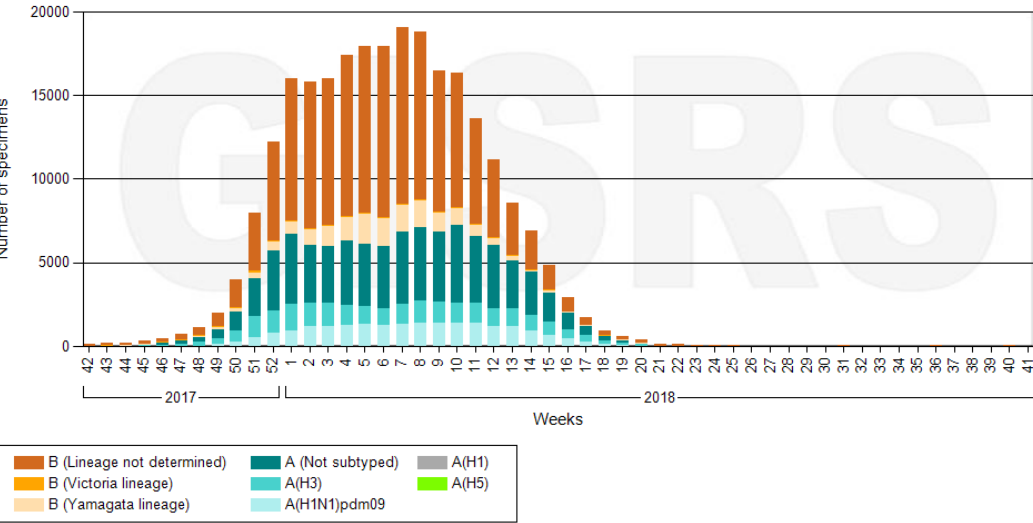
Number of specimens positive for influenza by subtype





European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

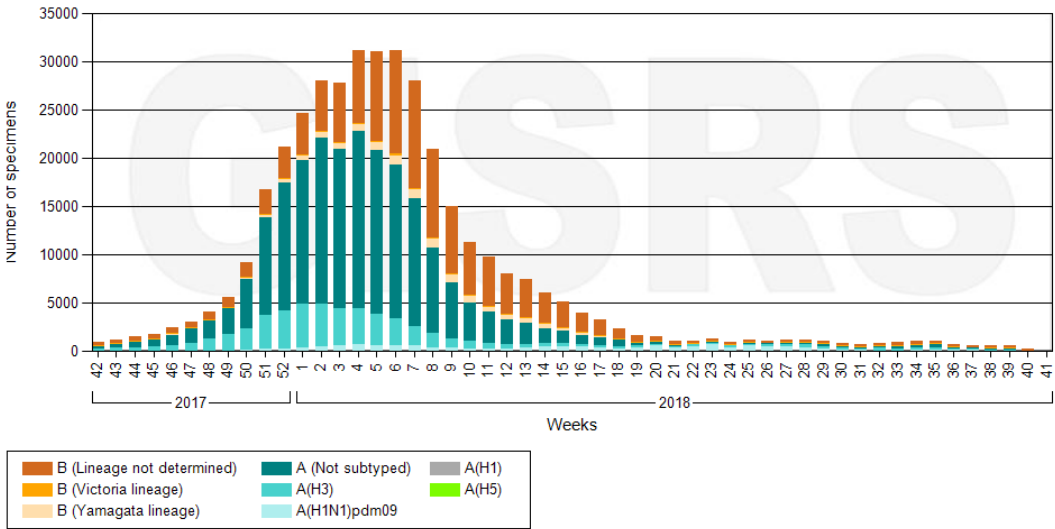


Data source: FluNet (www.who.int/flu/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



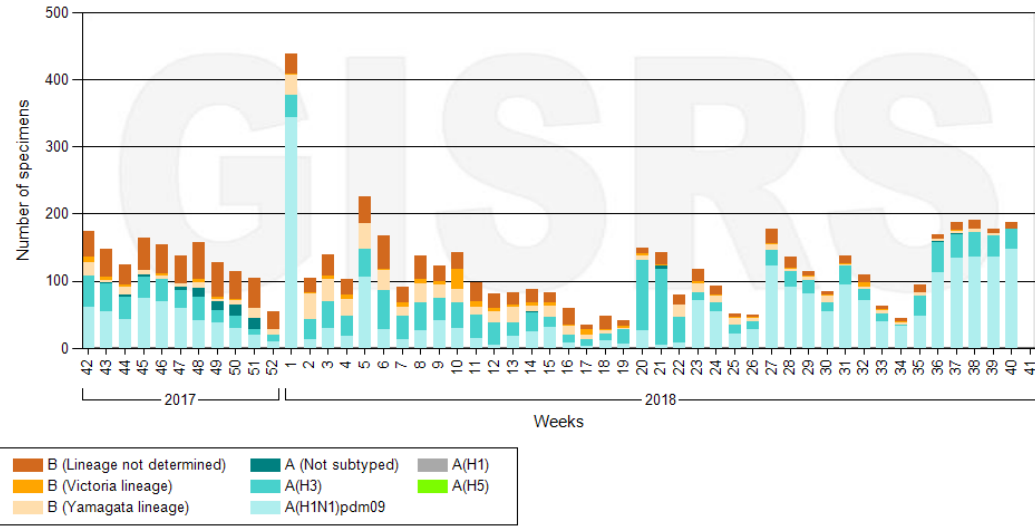
Data source: FluNet (www.who.int/flu/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

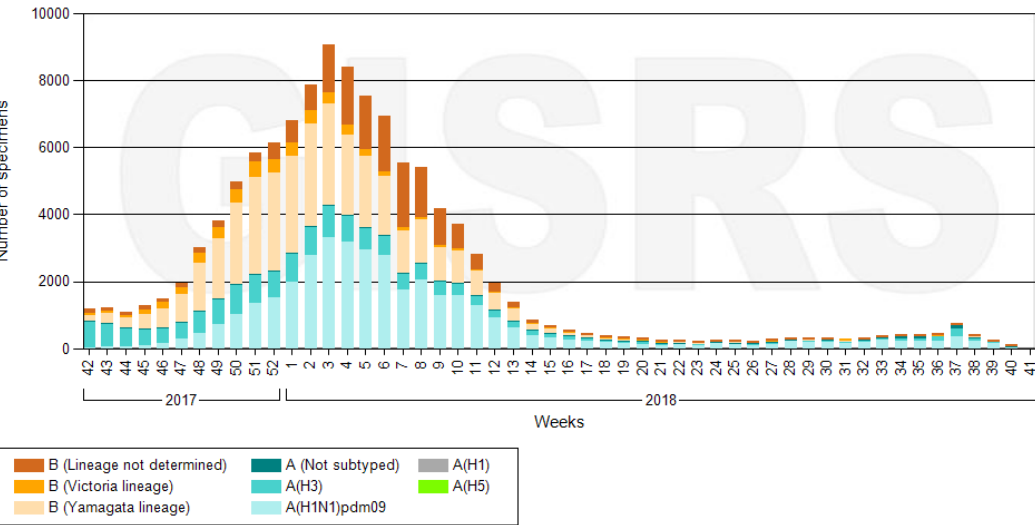


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© 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>