INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 35/2018

(26/08/2018 a 01/09/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 35/2018

(26/08/2018 a 01/09/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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 34 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 25/08/2018.

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 17,2% (590/3.432) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 18,7% (100/536) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 48,4% (1.636/3.378) para SG e de 50,4% (273/542) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 34 foram notificados 3.561 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,6% (590) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 539 óbitos notificados por SRAG, 18,6% (100) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná.

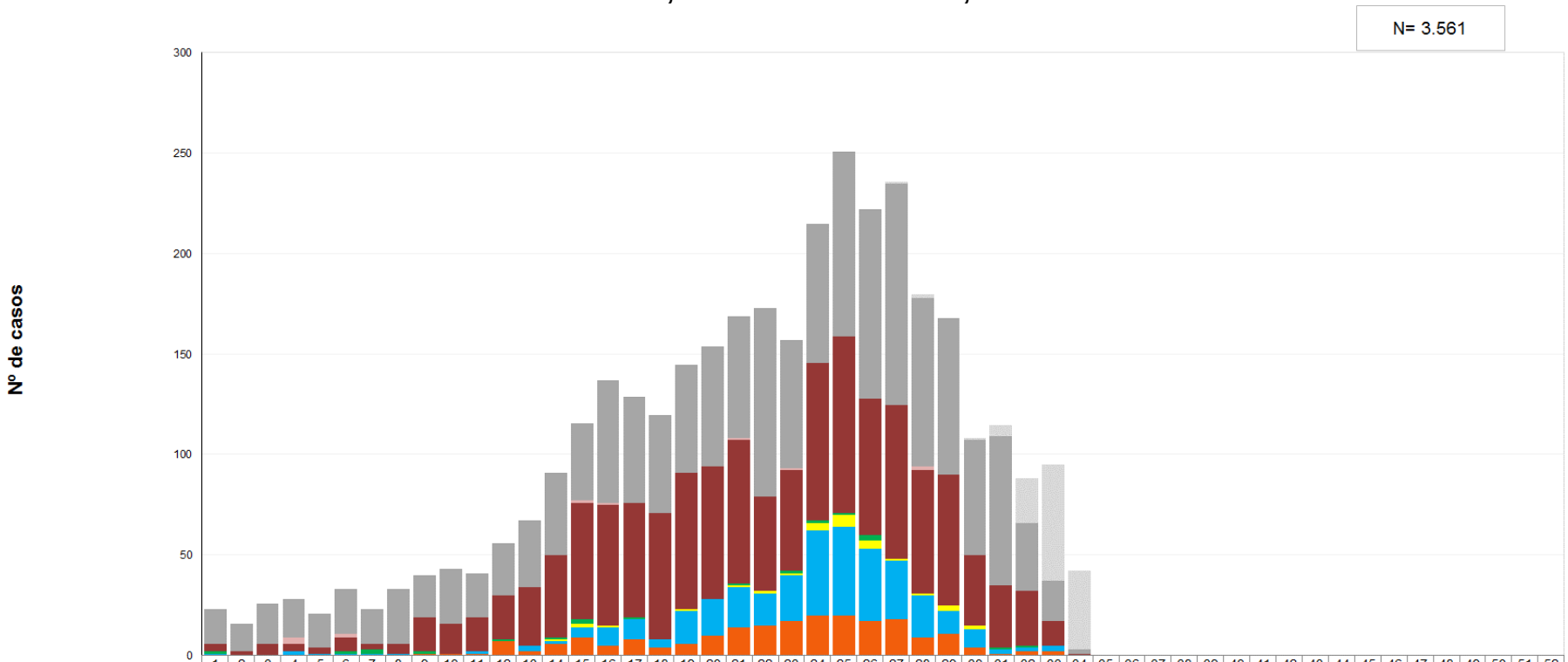
Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	590	16,6	100	18,6
Influenza A(H1N1)pdm09	210	35,6	42	42,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	332	56,3	55	55,0
Influenza A não subtipado	29	4,9	3	3,0
Influenza B	19	3,2	0	0,0
SRAG não especificada	1.572	44,1	334	62,0
SRAG por outros vírus respiratórios	1.259	35,4	99	18,4
SRAG por outros agentes etiológicos	11	0,3	3	0,6
Em investigação	129	3,6	3	0,6
TOTAL	**3.561**	**100**	**539**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Em Investigação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	6	22	58	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG não especificada	17	14	20	19	17	22	17	27	21	27	22	26	33	41	39	61	53	49	54	60	61	94	64	69	92	94	110	84	78	57	74	34	20	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros agentes etiológicos	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros vírus respiratórios	4	2	6	4	3	7	3	5	17	15	17	22	29	41	58	60	57	63	68	66	71	47	50	79	88	68	77	61	65	35	31	27	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A não subtipado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	1	1	1	4	6	4	1	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	1	0	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	3	1	5	9	10	4	16	18	20	16	23	42	44	36	29	21	11	9	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	2	6	9	5	8	4	6	10	14	15	17	20	20	17	18	9	11	4	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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	1	0	1	0	0	0	0	0	**2**	**0**
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Pontal do Paraná	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	59	8	156	11	10	0	3	0	**228**	**19**
Almirante Tamandaré	1	1	4	0	0	0	0	0	5	1
Araucária	1	0	11	1	1	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	0	0	4	0
Colombo	2	0	10	0	0	0	0	0	12	0
Curitiba	38	5	94	9	9	0	3	0	144	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	3	0	0	0	0	0	8	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**
Carambeí	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	0	0	2	0	**12**	**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
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	12	9	0	0	0	0	**12**	**9**
Guarapuava	0	0	7	5	0	0	0	0	7	5
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	3	1	0	0	3	0	**8**	**1**
São Mateus do Sul	2	0	3	1	0	0	2	0	7	1
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	11	1	0	0	0	0	**11**	**1**
Coronel Vivida	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	26	4	13	4	2	0	1	0	**42**	**8**
Ampere	4	1	0	0	0	0	0	0	4	1
Barracão	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Bela Vista da Caroba	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Pinhal de São Bento	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Realeza	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascença	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Salto do Lontra	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	1	0	0	0	1	0	14	1
Verê	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	12	2	20	9	0	0	5	0	**37**	**11**
Foz do Iguaçu	11	2	15	6	0	0	5	0	31	8
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	3	1	0	0	0	0	4	1
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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
11. Reg. Saúde Campo Mourão	10	2	5	1	2	1	0	0	**17**	**4**
Araruna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	4	1	1	0	0	0	9	1
Engenheiro Beltrão	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Goioerê	2	1	0	0	0	0	0	0	2	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	6	2	5	1	0	0	0	0	**11**	**3**
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporã	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	4	0	3	0	0	0	0	0	7	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	1	0	0	0	0	0	**2**	**0**
Amaporã	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	29	10	16	3	9	1	0	0	**54**	**14**
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	0	0	0	3	2
Marialva	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	20	4	11	1	8	1	0	0	39	6
Nova Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Paiçandu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarandi	4	2	2	0	1	0	0	0	7	2
16. Reg. Saúde Apucarana	1	1	5	0	1	0	0	0	**7**	**1**
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	0	0	1	0	1	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
17. Reg. Saúde Londrina	28	0	25	8	3	1	2	0	**58**	**16**
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	0	0	1	0	0	0	2	0
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	20	6	2	1	1	0	36	12
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	3	1	0	0	0	0	4	1
Sertanópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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)

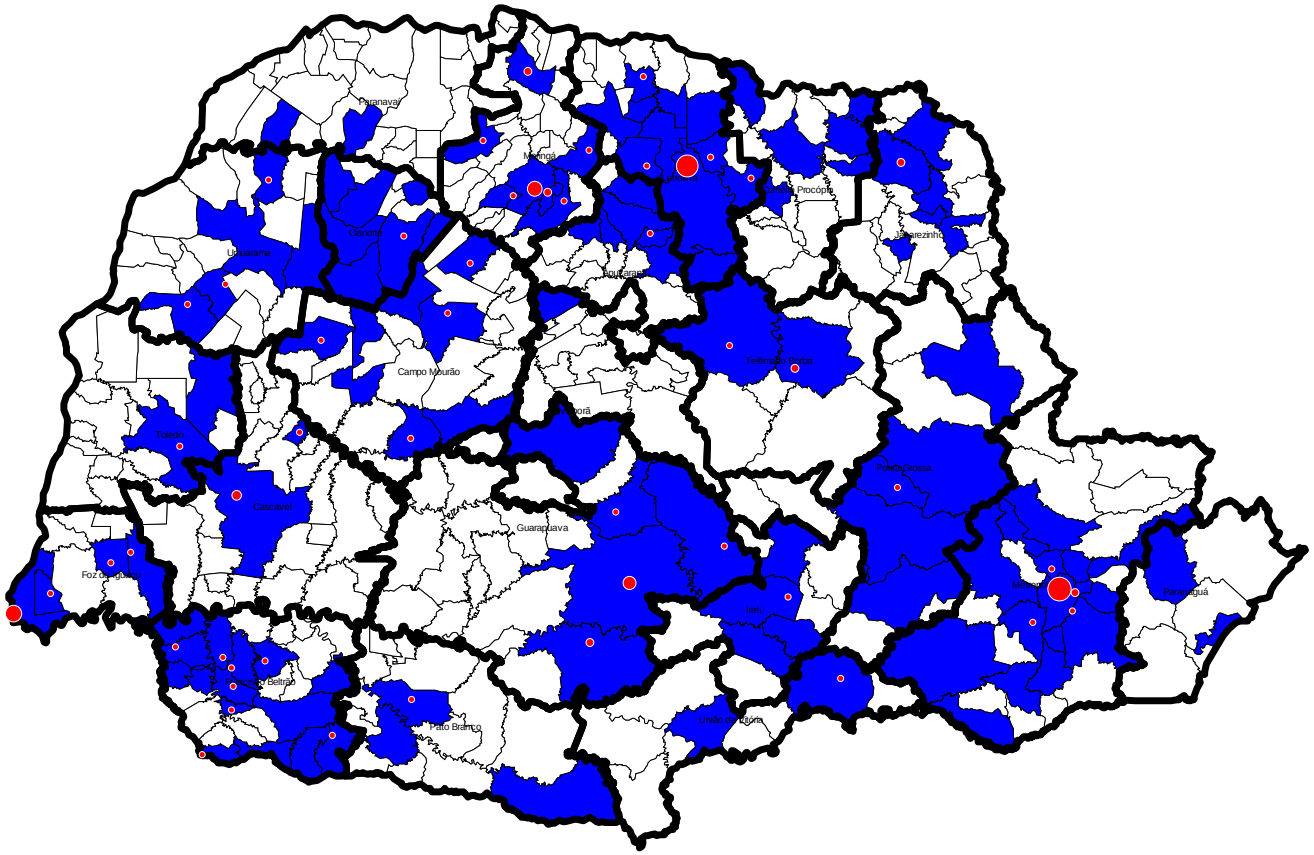
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
18. Reg. Saúde Cornélio Procópio	6	0	9	0	1	0	0	0	**16**	**0**
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Bandeirantes	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Cornélio Procópio	3	0	2	0	0	0	0	0	5	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	11	0	0	0	1	0	**19**	**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	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	2	0	1	1	0	0	0	0	**3**	**1**
Assis Chateaubriand	2	0	0	0	0	0	0	0	2	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 Ivaiporã	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**0**
São João do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	**210**	**42**	**332**	**55**	**29**	**3**	**19**	**0**	**590**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Mapa 1 - Casos e óbitos de SRAG por Influenza segundo municípios e Regionais de Saúde, Paraná, 2018.



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/ Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

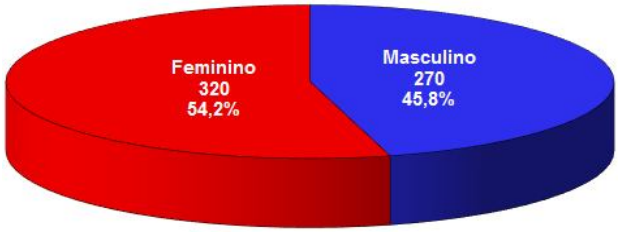
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 54,2% (320/590) dos casos e o gênero masculino 45,8% (270/590) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 36,0% (36/100) dos casos e o gênero masculino 64,0% (64/100) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 31,0% (183/590) e 62,0% (62/100) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

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

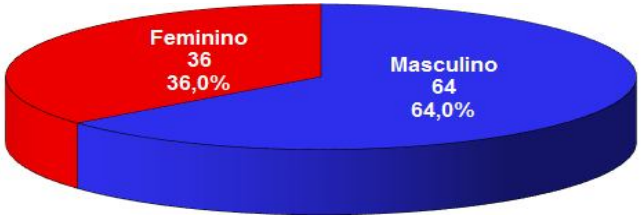
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 5 anos	30	14,3	77	23,2	5	17,2	5	26,3	117	19,8
5 a 9 anos	16	7,6	37	11,1	1	3,4	1	5,3	55	9,3
10 a 19 anos	12	5,7	24	7,2	0	0,0	2	10,5	38	6,4
20 a 29 anos	17	8,1	30	9,0	1	3,4	1	5,3	49	8
30 a 39 anos	19	9,0	21	6,3	6	20,7	4	21,1	50	8,5
40 a 49 anos	18	8,6	11	3,3	2	6,9	3	15,8	34	5,8
50 a 59 anos	45	21,4	16	4,8	2	6,9	1	5,3	64	10,8
≥ 60 anos	53	25,2	116	34,9	12	41,4	2	10,5	183	31,0
TOTAL	210	100	332	100	29	100	19	100	590	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, 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	5	9,1	0	0,0	0	0,0	5	5,0
5 a 9 anos	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
10 a 19 anos	0	0,0	3	5,5	0	0,0	0	0,0	3	3,0
20 a 29 anos	3	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0
30 a 39 anos	2	4,8	1	1,8	0	0,0	0	0,0	3	3,0
40 a 49 anos	5	11,9	1	1,8	0	0,0	0	0,0	6	6,0
50 a 59 anos	15	35,7	1	1,8	1	33,3	0	0,0	17	17,0
≥ 60 anos	16	38,1	44	80,0	2	66,7	0	0,0	62	62,0
TOTAL	42	100,0	55	100,0	3	100,0	0	0	100	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,7% (429/590) 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 87,0% (87/100) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,0% (28/100) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 75,3% (935/1.242) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, diabetes mellitus e pneumopatias.

No Paraná dos 75,0% (75/100) 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 1.242 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 968 (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.

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

Casos por Influenza (N=590)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**429**	**72,7**	**166**	**38,7**
Adultos ≥ 60 anos	183	31,0	86	47,0
Pneumopatias crônicas	122	20,7	56	45,9
Crianças < 5 anos	117	19,8	34	29,1
Doença cardiovascular crônica	99	16,8	49	49,5
Diabetes mellitus	53	9,0	26	49,1
Gestantes	44	7,5	20	45,5
Doença neurológica crônica	35	5,9	18	51,4
Imunodeficiência/Imunodepressão	28	4,7	9	32,1
Doença renal crônica	25	4,2	12	48,0
Obesidade	19	3,2	9	47,4
Síndrome de Down	4	0,7	3	75,0
Doença hepática crônica	4	0,7	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**430**	**72,9**		
Vacinados	**190**	**32,2**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

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

Óbitos por Influenza (N=100)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**87**	**87,0**	**28**	**32,2**
Adultos ≥ 60 anos	62	62,0	23	37,1
Pneumopatias crônicas	40	40,0	14	35,0
Doença cardiovascular crônica	36	36,0	12	33,3
Diabetes mellitus	21	21,0	9	42,9
Doença neurológica crônica	17	17,0	10	58,8
Doença renal crônica	13	13,0	7	53,8
Imunodeficiência/Imunodepressão	6	6,0	1	16,7
Obesidade	6	6,0	2	33,3
Crianças < 5 anos	5	5,0	1	20,0
Doença hepática crônica	4	4,0	0	0,0
Síndrome de Down	1	1,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**75**	**75,0**		
Vacinados	**28**	**28,0**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

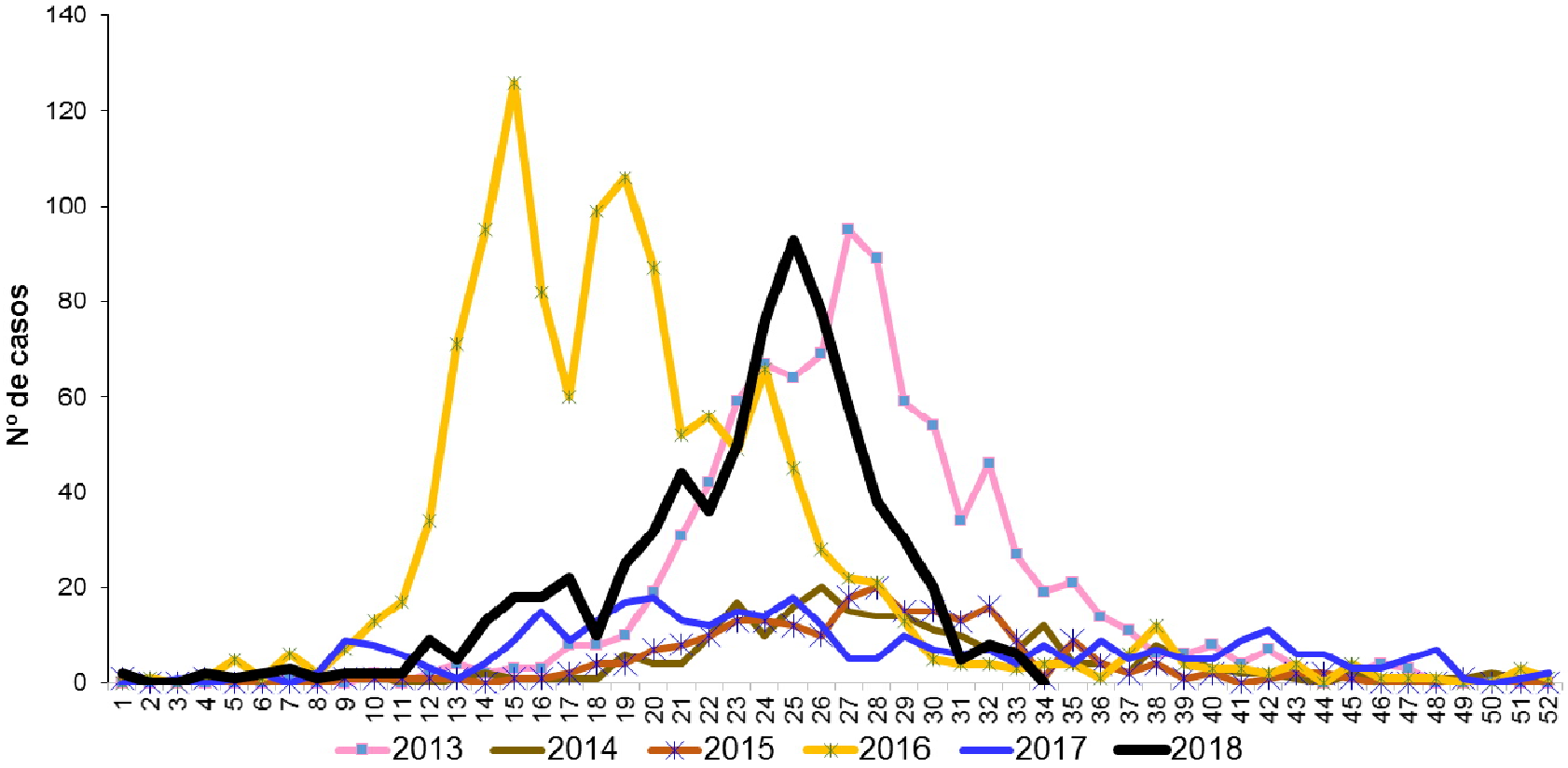
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 56,3% (332/590) dos casos e, ocorrência de 55,0% (55/100) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal (Tabela 7).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	210	42
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	332	55
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	29	3
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	19	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	590	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.
*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.

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

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

Até a SE 34 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.619 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.378 amostras.

Das amostras processadas, 48,4% (1.636/3.378) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 661 (19,6%) foram positivas para Influenza e 975 (28,9%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 182 (27,5%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 365 (55,2%) de Influenza A(H3) Sazonal, 24 (3,6%) de Influenza A (não subtipado) e 90 (13,6%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 488 (50,1%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

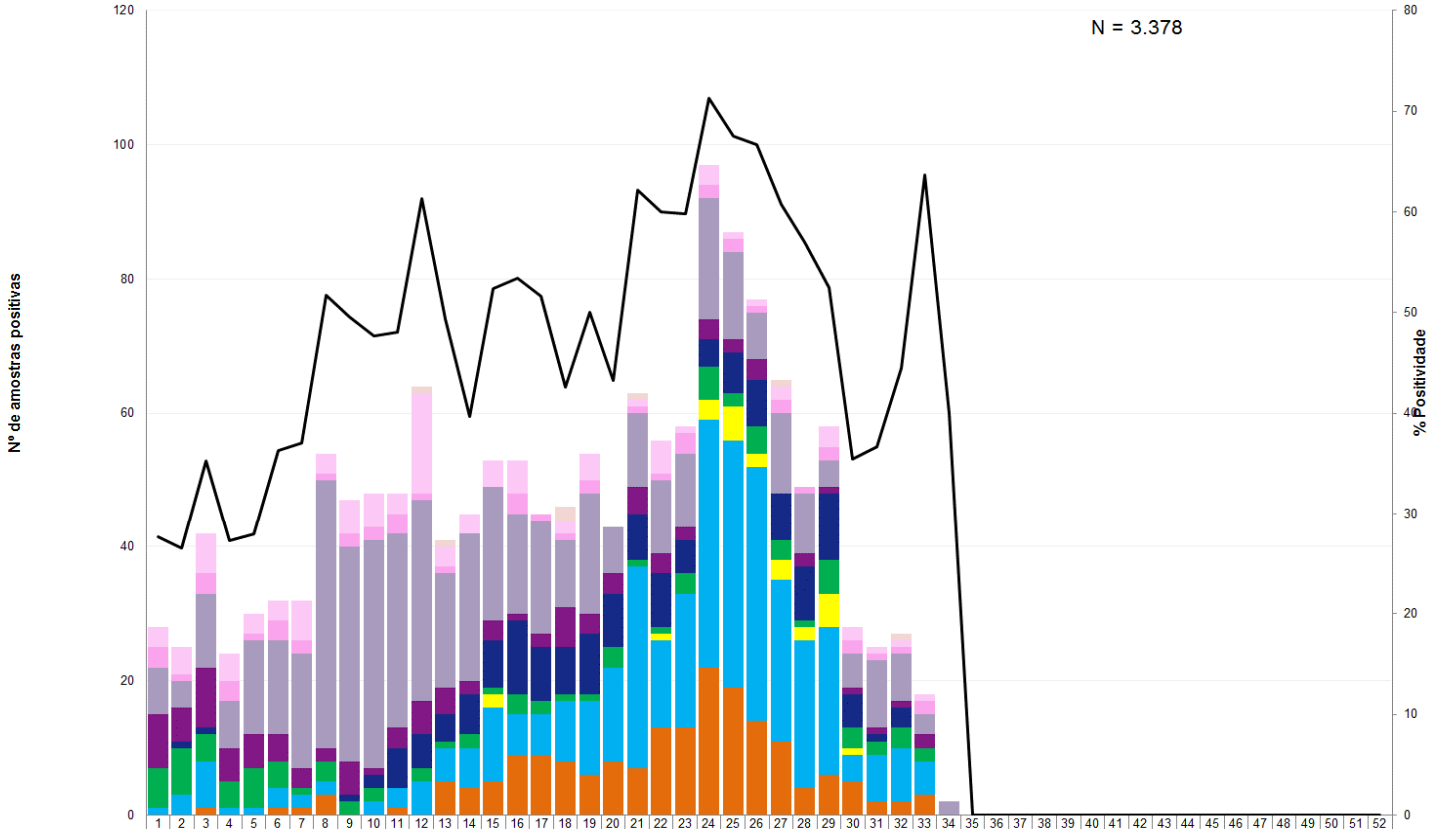
Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	19	10,4	24	6,6	3	17,6	2	2,2	48	7,3	496	13,7
5 a 9 anos	18	9,9	24	6,6	3	17,6	11	12,2	56	8,6	182	5,0
10 a 19 anos	22	12,1	81	22,2	1	5,9	22	24,4	126	19,3	498	13,8
20 a 29 anos	38	20,9	82	22,5	3	17,6	20	22,2	143	21,9	768	21,2
30 a 39 anos	32	17,6	62	17,0	1	5,9	15	16,7	110	16,8	539	14,9
40 a 49 anos	19	10,4	35	9,6	0	0,0	11	12,2	65	9,9	385	10,6
50 a 59 anos	14	7,7	25	6,8	6	35,3	5	5,6	50	7,6	323	8,9
≥ 60 anos	20	11,0	32	8,8	0	0,0	4	4,4	56	8,6	428	11,8
TOTAL	182	100,0	365	100	17	100,0	90	100	654	100	3.619	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	3	4	6	4	3	3	6	3	5	5	3	15	3	3	4	5	0	2	4	0	1	5	1	3	1	1	2	0	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	3	1	3	3	1	3	2	1	2	2	3	1	1	0	0	3	1	1	2	0	1	1	3	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	7	14	14	17	40	32	34	29	30	17	22	20	15	17	10	18	7	11	11	11	18	13	7	12	9	4	5	10	7	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	5	9	5	5	4	3	2	5	1	3	5	4	2	3	1	2	6	3	3	4	3	2	3	2	3	0	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	6	5	4	6	7	11	8	7	9	8	7	8	5	4	6	7	7	8	10	5	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	7	4	4	6	4	1	3	2	2	0	2	1	2	1	3	2	1	1	3	1	1	3	5	2	4	3	1	5	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3	5	2	3	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	7	1	1	3	2	2	0	2	3	5	5	6	11	6	6	9	11	14	30	13	20	37	37	38	24	22	22	4	7	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm -9	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0	1	0	5	4	5	9	9	8	6	8	7	13	13	22	19	14	11	4	6	5	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	28	27	35	27	28	36	37	52	50	48	48	61	49	40	52	53	52	43	50	43	62	60	60	71	67	67	61	57	52	35	37	44	64	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

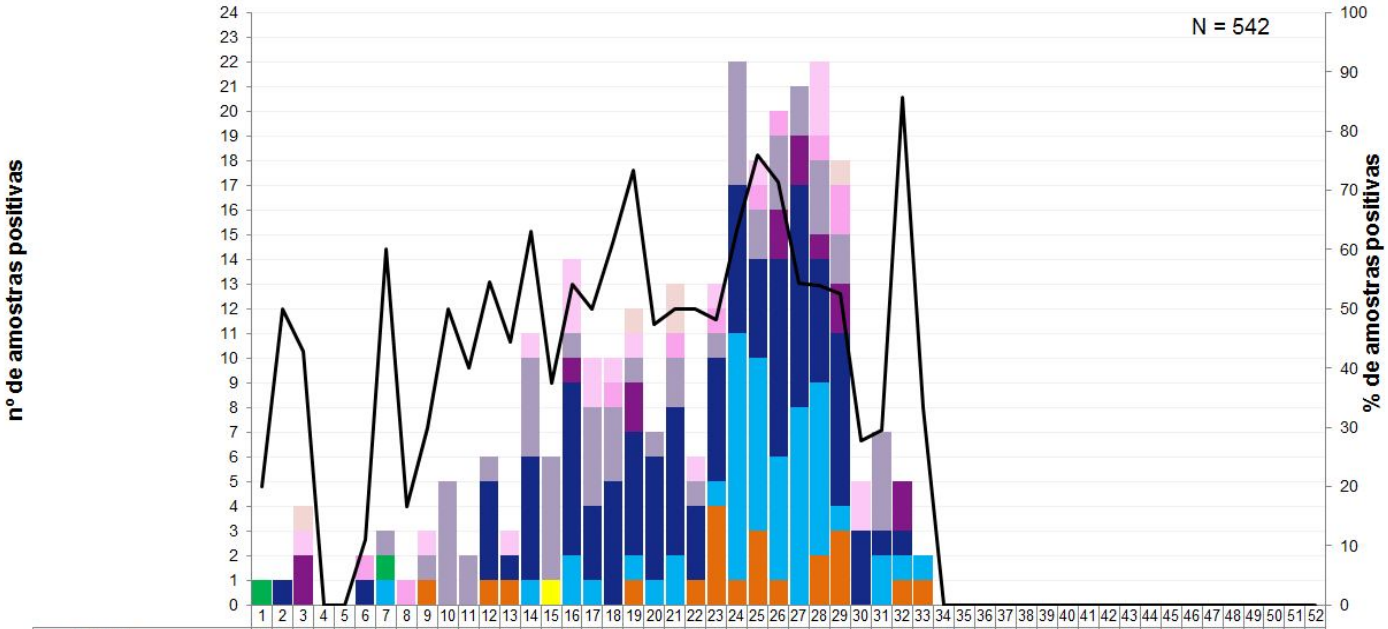
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 586 coletas, sendo 542 (92,5%) processadas. Dentre estas, 273 (50,4%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 21 (27,6%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 52 (68,4%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (1,3%) para Influenza A (não subtipado) , 2 (2,6%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 95 (48,2%) de VRS, 14 (7,1%) de Parainfluenza, 54 (27,4%) de Rinovírus, 19 (9,6%) de Metapneumovírus, 10 (5,1%) de Adenovírus, 5 (2,5%) 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.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	2	1	0	4	5	1	4	3	1	1	2	1	1	5	2	3	2	3	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	5	0	7	3	5	5	5	6	3	5	6	4	8	9	5	7	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	2	0	1	10	7	5	8	7	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	3	1	0	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	20	50	42	0,	0,	11	60	16	30	50	40	54	44	63	37	54	50	61	73	47	50	50	48	63	76	71	54	53	52	27	29	85	33	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 27/08/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/08/2018
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 70º.

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 31/07/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

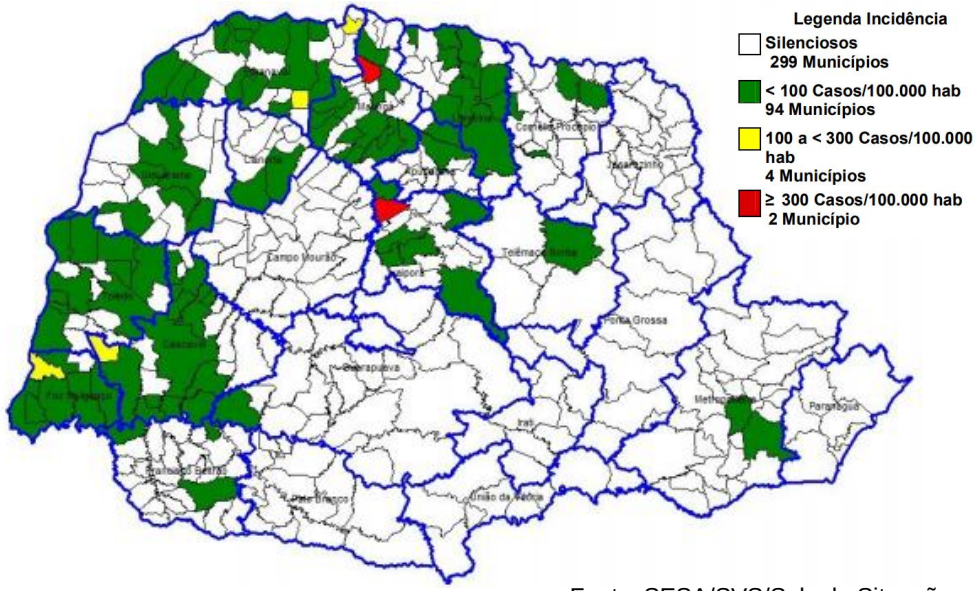
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 30/2018.

Foram notificados no referido período 21.678 casos suspeitos de dengue, dos quais 17.542 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 8,24 casos por 100.000 hab. (920/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.692), Maringá (2.320) e Foz do Iguaçu (2.096). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(155), Foz do Iguaçu (135) e São João do Ivaí (133).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 30/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 30/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	320
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	104
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	101
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª,12ª,13ª, 14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	**992**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	920
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	72
TOTAL DE NOTIFICADOS	**21.678**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 30/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	852 (85,9%)	140 (14,1%)	992
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	22	-	22
Dengue Grave (D G)	06	-	06
Descartados	-	-	17.542
Em andamento/investigação	-	-	3.116
Total	**880 (4,1%)**	**140 (0,6%)**	**21.678**

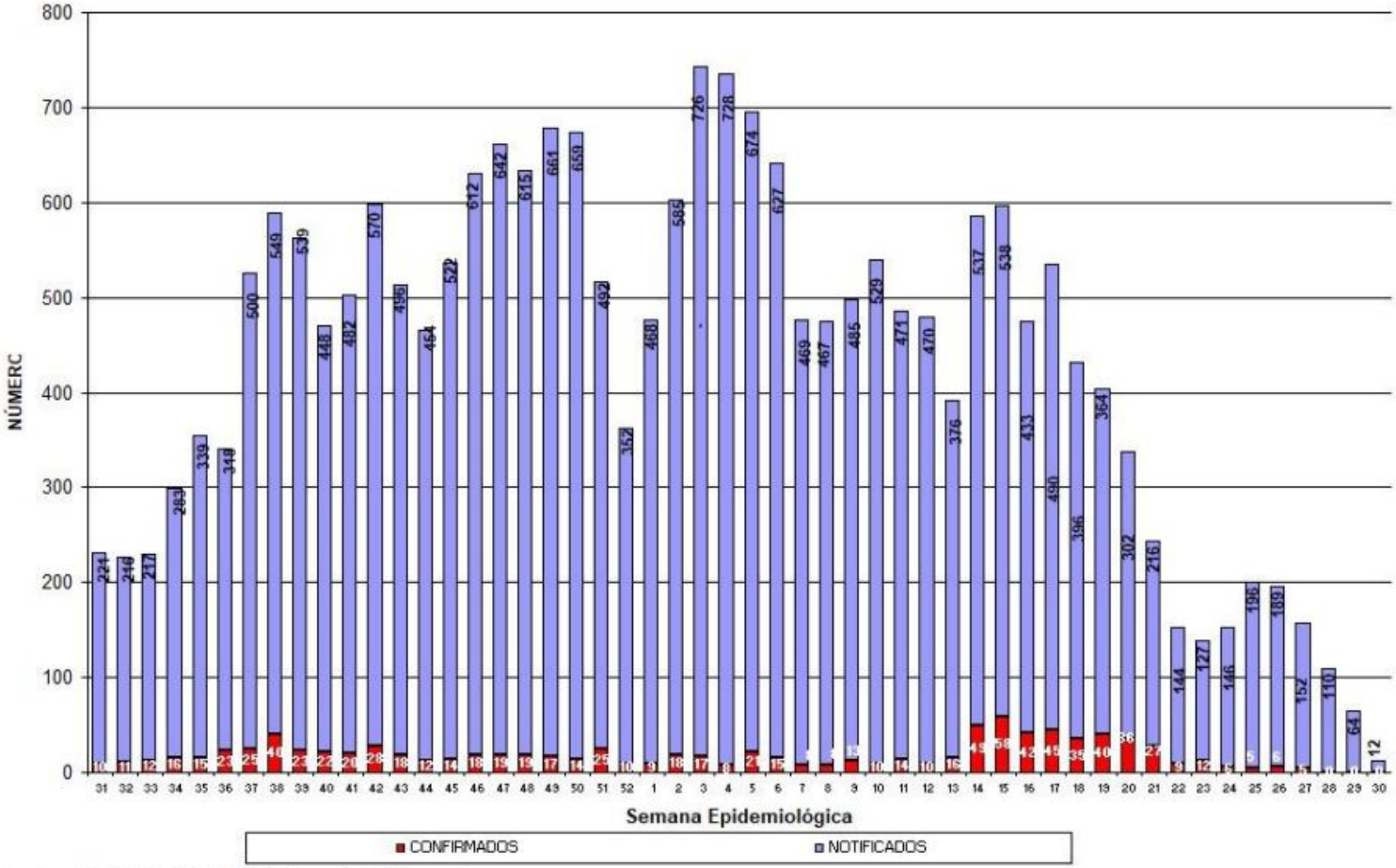
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 31/07/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 30/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

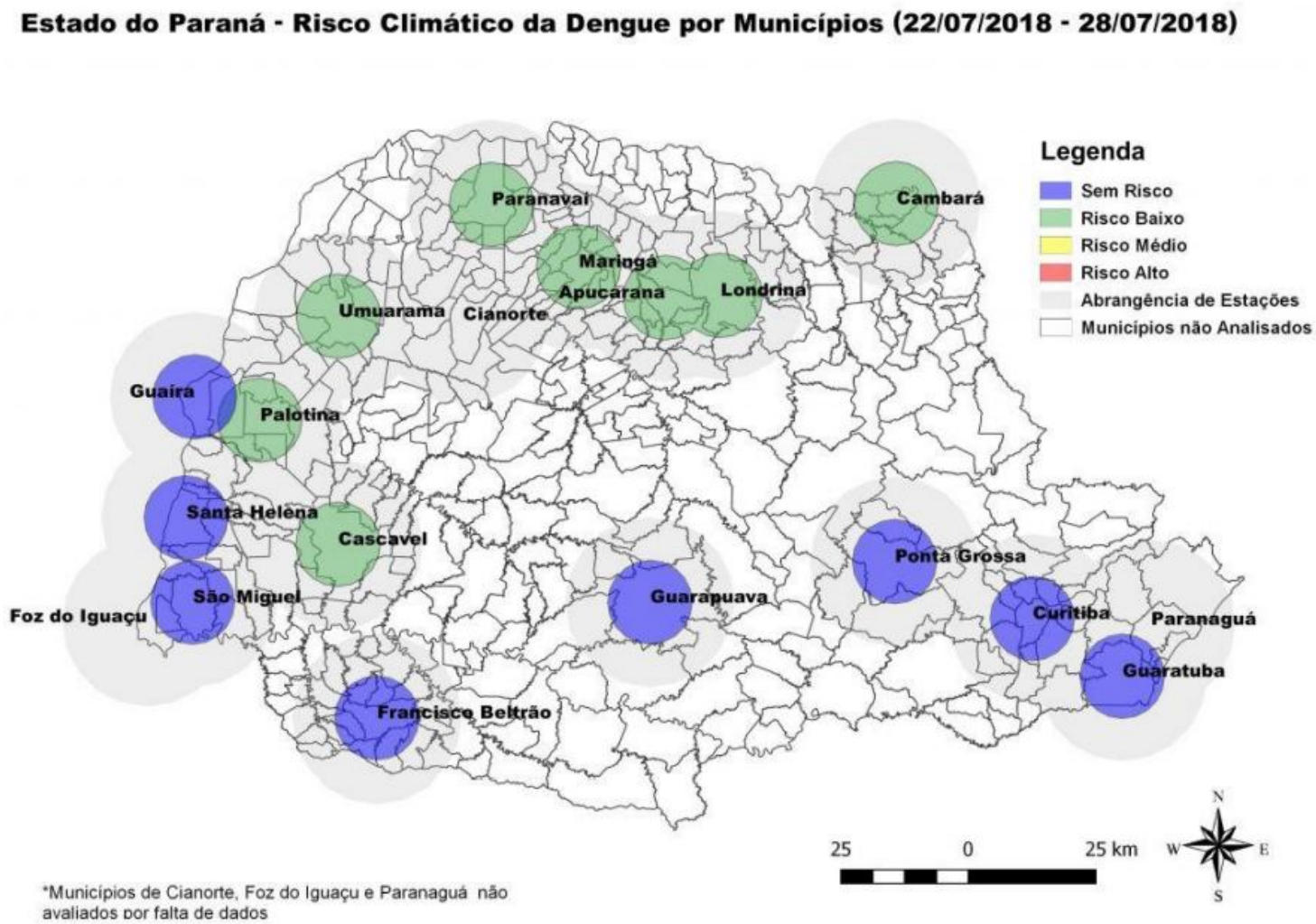
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 31/07/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Das 19 estações meteorológicas analisadas **na Semana Epidemiológica 30/2018 com relação as** condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* **:**

- **08 (oito) sem risco;**
- **08 (oito) com risco baixo**
- **00 (zero) com risco médio;**
- **00 (zero) com risco Alto e;**
- **03 (três) não foram avaliadas.**

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 31/07/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 30/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.453	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	5	19	24	1.337	0	0	0	0,14
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	44	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	24	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	54	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	21	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	108	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	3	0	3	476	0	0	0	0,84
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	170	18	188	2.665	20	5	2	41,88
10ª RS - Cascavel	540.131	88	7	95	1.038	0	0	0	16,29
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	700	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	497	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	7	0	7	283	0	0	0	4,53
14ª RS - Paranavaí	274.257	74	1	75	1.339	0	0	0	26,98
15ª RS - Maringá	799.890	258	1	259	3.189	0	0	0	32,25
16ª RS - Apucarana	372.823	14	3	17	534	0	0	0	3,76
17ª RS - Londrina	935.904	114	0	114	6.183	2	1	0	12,18
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	3	0	3	353	0	0	0	1,30
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	276	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	55	3	58	781	0	0	0	14,25
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	67	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	121	20	141	256	0	0	0	87,60
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**920**	**72**	**992**	**21.678**	**22**	**6**	**2**	**8,24**

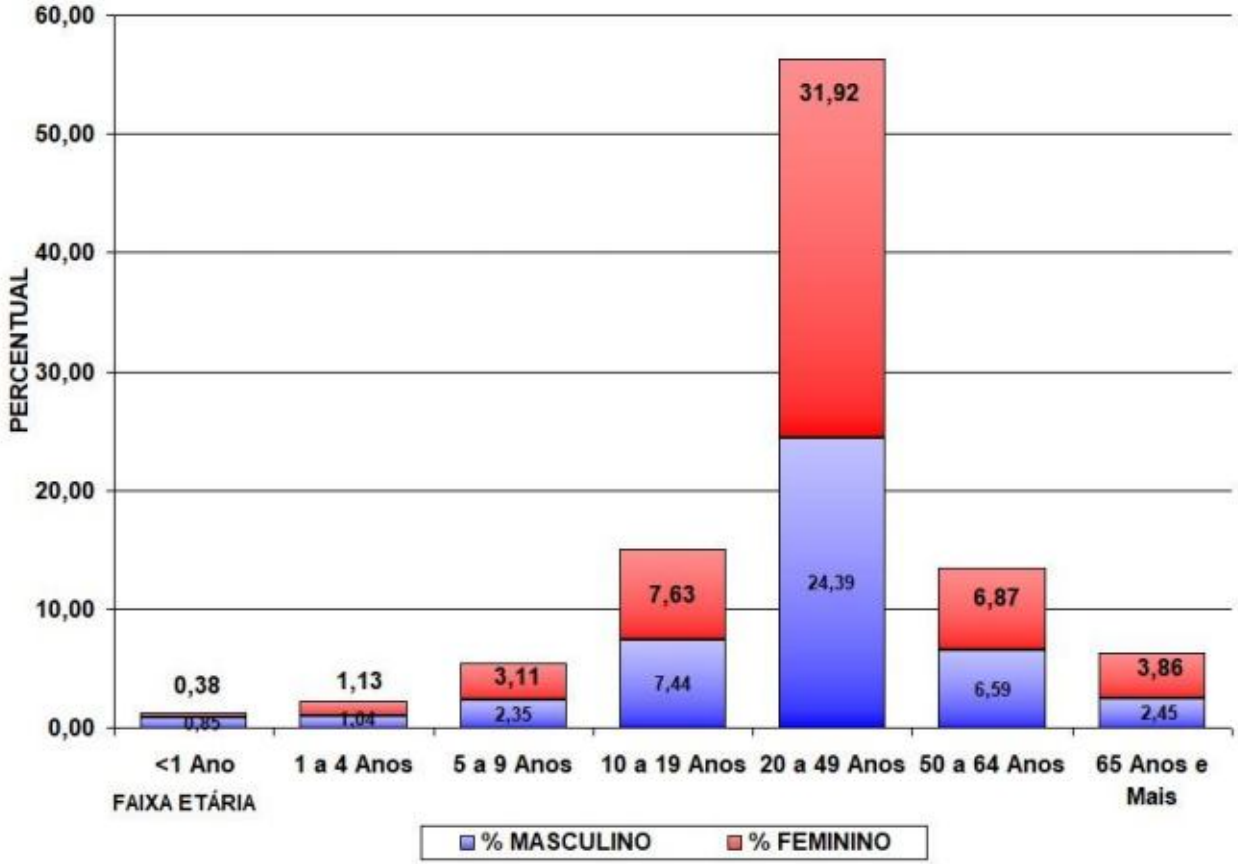
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 31/07/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,31% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 15,07% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 30/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 35/2018

(26/08/2018 a 01/09/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE MACULOSA

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 29/08/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos confirmou mais duas mortes por febre maculosa na terça-feira (28/08). Uma das vítimas é um homem de 42 anos e o outro um paciente que, segundo a prefeitura, teria contraído a doença em Lavrinhas. Com esses óbitos, o número de mortes provocadas pela doença sobe para quatro no município.

Antonio Nunes de Paiva morreu há dez dias depois de apresentar os sintomas da doença. De acordo com a família, ele apresentou os primeiros sinais depois de passear pelo Parque da Cidade.

Além dele, a vigilância também confirmou a morte de um homem de 70 anos que morreu no dia 14 de agosto. Ele era morador de Lavrinhas, mas morreu em atendimento no Hospital da Vila Industrial em São José dos Campos. Ele vinha à cidade para visitar a filha. A suspeita é de que tenha contraído a doença depois de uma pesca, em uma área de mata próxima ao Paraíba do Sul.

A vigilância também diagnosticou um homem de 64 anos, internado no Hospital da Vila industrial, com febre maculosa. Edson César Machado apresentou os primeiros sintomas há duas semanas, depois de um fim de semana em um sítio da família na zona norte de São José dos Campos.

Ele é pai dos dois irmãos, 36 e 39 anos, mortos pela doença entre 31 de julho e 1º de agosto. Os dois deram entrada no hospital depois de um fim de semana em família na propriedade rural. Eles foram hospitalizados, mas não resistiram.

A prefeitura informou que fez visitas à propriedade da família na zona norte e no Parque da Cidade, para busca e coleta de carrapatos que devem passar por análise. No Parque da Cidade a gestão informou ainda que aplicou carrapaticida na terça-feira (28/08) e afirmou que não há risco de contaminação no local, que vai seguir aberto ao público durante os trabalhos.

A febre maculosa é transmitida pelo carrapato-estrela, encontrado em cavalos, bois e capivaras, mas também em animais domésticos como cães, roedores e aves. O carrapato transmite a doença em contato com a pele humana.

Segundo a Secretaria de Saúde de São José dos Campos, desde 2007 haviam sido registrados cinco casos da doença, sendo apenas um com morte, em 2013.

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Em Roraima, até o dia 27/08, foram notificados 462 casos suspeitos de sarampo, sendo 267 no município de Boa Vista, 81 em Amajarí, 56 em Pacaraima, 14 em Cantá, 11 em Rorainópolis, 06 em Caracaraí, 04 em Alto Alegre, 02 em Iracema e em Caroebe, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Uiramutã, um caso notificado em cada município. Entre os casos notificados, 17 casos foram atendidos no Brasil, mas residem na Venezuela, nos municípios de Gran Sabana (12 casos), Santa Elena (02 casos), Ciudad Bolivar (01 caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso). Do total de casos notificados, 92 foram descartados, 300 foram confirmados e 70 estão em investigação. Em relação aos 300 casos confirmados, 199 (66,3%) são venezuelanos, 99 (33%) são brasileiros, 01 (0,3%) caso é procedente da Guiana e 01 (0,3%) da Argentina.

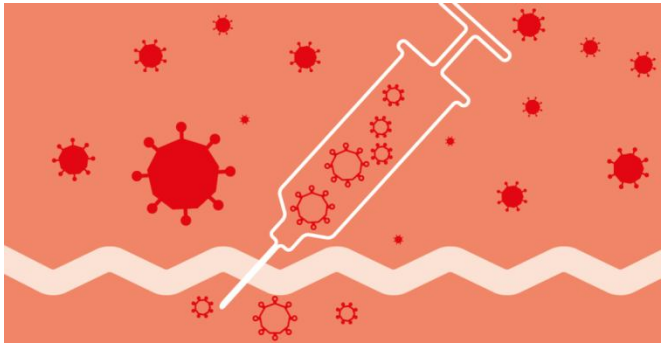
Entre os casos confirmados, a faixa etária mais acometida pela doença em brasileiros foi de seis meses a 4 anos de idade, representando 54(54,5%) casos. Já na população venezuelana, o maior número de casos está concentrado na população de 1 a 9 anos de idade, representando 93 (46,7%) casos. Foi confirmado 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 (91,6%) são indígenas. Do total de casos que permanecem em investigação, 53 são brasileiros e 17 venezuelanos. Em relação a faixa etária dos casos em investigação, a população brasileira de seis meses a 4 anos de idade representa 28 (52,8%) casos, e na população venezuelana, a faixa etária de 6 meses a 4 anos representa 12 (70,6%) casos. E ainda entre os casos em investigação, 4 (7,5 %) são indígenas.

No Amazonas, no período de 06 de fevereiro a 27 de agosto de 2018, foram notificados 8.595 casos, e destes 1.211 (14,1%) foram confirmados, 479 (5,6%) descartados e 6.905 (80,3%) 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 8.595 casos notificados de sarampo, 6.958 foram notificados em Manaus e 911 em Manacapuru, totalizando 91,6% dos casos. Os outros 726 casos notificados estão distribuídos em 44 municípios do Estado.

Considerando as características sociodemográficas dos 8.595 casos notificados, todos são brasileiros e 4.781 (55,6%) são do sexo masculino. Em relação à faixa etária, o maior número de casos notificados se concentra na população de 15 a 29 anos representando 4.035 (46,9%) casos. Dos 1.211 casos confirmados, 652 (53,8%) são do sexo masculino e a faixa etária com maior concentração de casos está nos menores de 5 anos, com 497 (41%) casos. Em relação aos 6.905 casos que permanecem em investigação, 3.863 (55,9%) são do sexo masculino, estando o maior número de casos concentrados na população de 15 a 29 anos de idade, representando 3.477 (50,4%) casos.

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, seis Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 18 casos no Rio de Janeiro e 16 casos no Rio Grande do Sul. Em Pernambuco, Pará, São Paulo, e Rondônia, houve confirmação de dois casos em cada estado, totalizando 1.553 casos confirmados de sarampo no Brasil.

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



Fonte: google.com.br

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Alagoas
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: gazetaweb.globo.com (fonte informal)

Comentários:

O Conselho Regional de Medicina (Cremal) monitora o avanço da Leishmaniose Visceral (Calazar) em Alagoas e confirma que o Estado já registra uma epidemia, com mais de 60 casos. A doença infecciosa está fazendo vítimas, principalmente crianças que vivem no Sertão alagoano. Se não for tratada, pode levar a óbito.

O presidente do Cremal, médico Fernando Pedrosa, reforça que profissionais da saúde precisam ficar atentos. "Nós estamos com epidemia de leishmaniose visceral, que é aquela que mata, que atinge fígado, baço. Temos mais de 60 casos no Estado. A gente já vem trabalhando isso, com treinamento das equipes para que não ocorram os óbitos", afirma o infectologista.

A **Gazetaweb** entrou em contato com a assessoria de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde (Sesau), que confirmou que de janeiro a 15 de agosto deste ano foram registrados 63 casos. No mesmo período, no ano passado, foram trinta registros. "Em razão desse aumento de casos, a Sesau está monitorando os municípios com aumento e capacitando as equipes municipais, para que o diagnóstico seja em tempo oportuno", informa a nota da Sesau.

Um dos municípios com casos é Estrela de Alagoas, que já tem onze registros confirmados da doença este ano, seguido de Palmeira dos Índios, com oito. "Diagnosticando cedo, tem como tratar. É uma doença grave. Tem um fator de letalidade de 10% mais ou menos e a gente está querendo reduzir isso. É epidemia porque quando aumenta o número de casos acima do esperado, já podemos chamar de epidemia. O poder público tenta minimizar, mas minimizar uma coisa importante como essa não ajuda. A divulgação é que vai fazer com que a gente trate as pessoas e as equipes no interior fiquem atentas", completa.

Fernando Pedrosa diz que o Cremal está acompanhando os municípios que têm casos, treinando as equipes de saúde. "Temos vários municípios com casos de leishmaniose. A doença é de notificação compulsória. A secretaria estadual faz estatística e a gente acompanha. É uma doença que tem predominado em crianças", explicou.

O presidente do Cremal lembra que a suspeita vai pelo quadro febril prolongado e crescimento do baço. "A leishmaniose visceral ocorre historicamente no Litoral e no Sertão, mas hoje os casos estão concentrados no Sertão", acrescenta o especialista em infectologia que faz pesquisas em leishmaniose. "Profissionais de saúde, médicos e agentes de saúde precisam ficar atentos ao perceberem a doença para encaminhar os pacientes aos postos de saúde e também ao Hospital Hélvio Auto para fazer os exames e iniciar o tratamento", conclui.

A Leishmaniose Visceral é uma doença infecciosa sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, anemia e outras manifestações. "Os agentes de saúde devem encaminhar os pacientes para os médicos da Atenção Básica, que posteriormente fazem o encaminhamento para o Hospital Escola Hélvio Auto, referência no tratamento em Alagoas", conclui a nota da Sesau.

O portal do Ministério da Saúde esclarece que os transmissores são insetos conhecidos popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. Estes insetos são pequenos e têm como características a coloração amarelada ou de cor palha e, em posição de repouso, suas asas permanecem eretas e semiabertas. A transmissão acontece quando fêmeas infectadas picam cães ou outros animais infectados, e depois picam o homem, transmitindo o protozoário Leishmania chagasi.

Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 29/08/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

As mortes por febre amarela em São Paulo já quadruplicaram neste ano em relação a 2017, aponta levantamento da Secretaria da Saúde. O índice de vacinação, porém, continua abaixo da meta.

No ano passado inteiro, 38 pessoas morreram vítimas da doença no estado. Neste ano, até o dia 17 deste mês, foram 176. O número de mortes deve aumentar até o fim do ano.

Apesar do aumento, a vacinação segue abaixo do esperado: até agora, 70% da população foi imunizada contra a febre amarela no estado, enquanto a meta é de 95%.

Um dos focos da campanha de vacinação do estado é o Litoral Norte. Desde o começo do ano, oito macacos do Parque Estadual da Serra do Mar, em Caraguatatuba, morreram de febre amarela.

“A proposta para o estado de São Paulo e para o Brasil é uma ação de vacinação gradativa para o país inteiro”, disse a diretora de Imunização da secretaria, Helena Sato. “Sabemos muito bem que, hoje, a pessoa fala que não vai viajar para uma área, mas, no decorrer do ano ou na próxima semana, ele poderá, sim, fazer essa viagem.”

Ninguém precisa ter uma viagem marcada para se proteger contra o perigo da febre amarela.

Todos os casos registrados no país foram de febre amarela silvestre. Quem ficou doente foi infectado em áreas de matas. Mas, para evitar que o vírus circule nas cidades e o número de mortes aumente ainda mais, a população tem que ser vacinada.

País

Os casos de febre amarela aumentaram no país, principalmente na região Sudeste. Isso começou a acontecer depois que o vírus chegou aos estados brasileiros que têm as maiores populações.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre julho de 2017 e junho de 2018 foram registrados:

Minas Gerais: 520 casos;

São Paulo: 516;

Rio de janeiro, 223;

Espírito Santo: 6;

Outros 1.232 casos estão sendo investigados no Brasil.

Fonte: google.com.br

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Local de ocorrência: Américas
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

Comentários:

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) reafirmou na segunda-feira (3/09) seu compromisso em trabalhar junto aos países da região das Américas para eliminar doenças transmissíveis até 2030. Um novo marco de ação foi apresentado no 54º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Medtrop), em Olinda (PE), por Jarbas Barbosa, subdiretor do organismo internacional.

O novo marco é constituído em quatro linhas de atuação, que envolvem serviços de saúde integrados; geração, análise e disseminação de estratégias robustas; abordagem dos determinantes ambientais e sociais; e a integração com a atenção primária à saúde. “Está sendo feito um mapeando de todas as doenças e as dimensões de cada uma delas, que terá um conjunto de indicadores construídos com uma abordagem multissetorial”. Segundo Barbosa, as consultas com os países devem ter lugar ao fim de 2018, seguindo para aprovação no Conselho Diretivo da OPAS no próximo ano.

Barbosa também traçou um panorama da atual situação das doenças transmissíveis nas Américas, entre elas o sarampo. “Neste ano, a Venezuela completou mais de 12 meses de transmissão sustentada de sarampo e, com isso, perdeu o certificado de eliminação da doença. Os outros países da região continuam com sua certificação individual, mas existem riscos. O Brasil vem fazendo esforços em campanhas de vacinação junto com estados e municípios, mas até fevereiro precisa interromper a transmissão. Caso não consiga, também pode perder seu certificado”, complementou. Um outro desafio do Brasil, segundo Barbosa, é conseguir pensar em formas eficazes de quebrar as barreiras de acesso às vacinas para a população, adaptando os sistemas de saúde às suas necessidades.

A primeira conferência do Congresso deste ano abordou o vírus zika e sua resposta no âmbito do Brasil. Enrique Vásquez, coordenador de Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde da OPAS/OMS, trouxe à memória o MedTrop de 2015, em Fortaleza, onde o tema já havia sido discutido. “Nenhum de nós ali sabia o que iria suceder poucos meses depois. Essa é uma oportunidade para saber como foi a construção do conhecimento sobre a doença e suas consequências."

A conferencista do evento, Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque, integrante do Grupo de Pesquisa da Epidemia da Microcefalia (MERG) desde 2015, apresentou uma linha do tempo da epidemia, que teve lugar primeiramente no Brasil, espalhando-se depois para mais de 40 países. Ela lembrou que o aumento do número de neonatos com microcefalia começou a ser percebido em agosto de 2015, em Pernambuco, por duas neuropediatras. A partir desse acontecimento, a evolução da epidemia se deu rapidamente. A síndrome congênita do vírus zika foi incluída na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11), lançada pela OMS em junho deste ano.

Já na mesa redonda “Global vector control response/2017-2030: é possível alcançar?”, Ana Carolina Faria e Silva, dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) no Brasil, e Renato Vieira, coordenador geral de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, falaram sobre a ferramenta da OMS para o controle de vetores. Vásquez, que coordenou a atividade, afirmou que o documento (adotado em maio de 2017, na Assembleia Mundial da Saúde) tem como principal objetivo apontar formas “para reduzir a carga das doenças causadas por vetores que afetam seres humanos”.

Ana Carolina revelou que 80% da população mundial está suscetível a contrair doenças causadas por vetores. “O documento chama os países a reverem suas estratégias de controle vetorial e seus planos operacionais de ação”, disse. Entre essas enfermidades estão a malária, dengue, zika, chikungunya, Chagas e oncocercose. Ela citou os quatro pilares do marco da resposta, sendo eles: reforçar as ações e a colaboração intersetorial e intrasetorial; conseguir participação e mobilização das comunidades; melhorar a vigilância de vetores e o monitoramento e a avaliação das intervenções; e ampliar e integrar ferramentas e enfoques.

Para Vieira, a publicação do documento da OMS foi oportuna para o país fortalecer suas capacidades de lidar com emergências. Falou ainda sobre alguns dos desafios para o controle de vetores no Brasil, citando o caso da febre amarela. Em dois anos, o Brasil teve mais de 2 mil casos de febre amarela – mais do que foi registrado em 36 anos, de 1980 a 2016 –, disse o coordenador. Ele afirma que um dos avanços no tema foi a criação do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Vetores, do qual a OPAS/OMS participa. “Essa iniciativa tenta trazer, do ponto de vista científico e técnico, um suporte à tomada de decisão do Ministério da Saúde e a integração não só dos programas, mas entre o setor saúde, sociedades científicas e poder público que nos traga propostas de respostas práticas”.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 27/08/2018
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 34 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 25/08/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 30,0% (3.651/12.153) para SG e de 40,3% (842/2.091) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 27,3% (6.143/22.504) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 30,4% (1.242/4.082) 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: 27/08/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

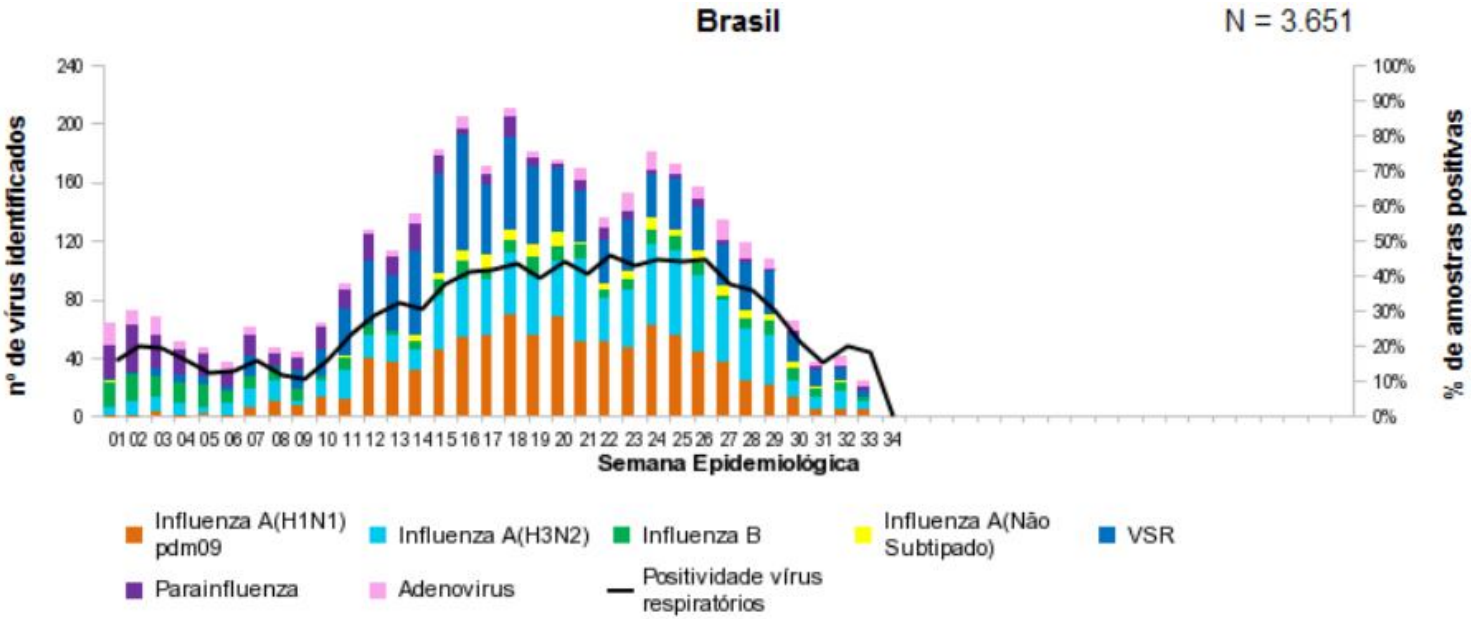
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 34 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 14.416 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 12.153 (84,3%) possuem resultados inseridos no sistema e 30,0% (3.651/12.153) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.177 (59,6%) foram positivos para influenza e 1.474 (40,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 944 (43,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 296 (13,6%) de influenza B, 112 (5,1%) de influenza A não subtipado e 825 (37,9%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 913 (62,3%) 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 34.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

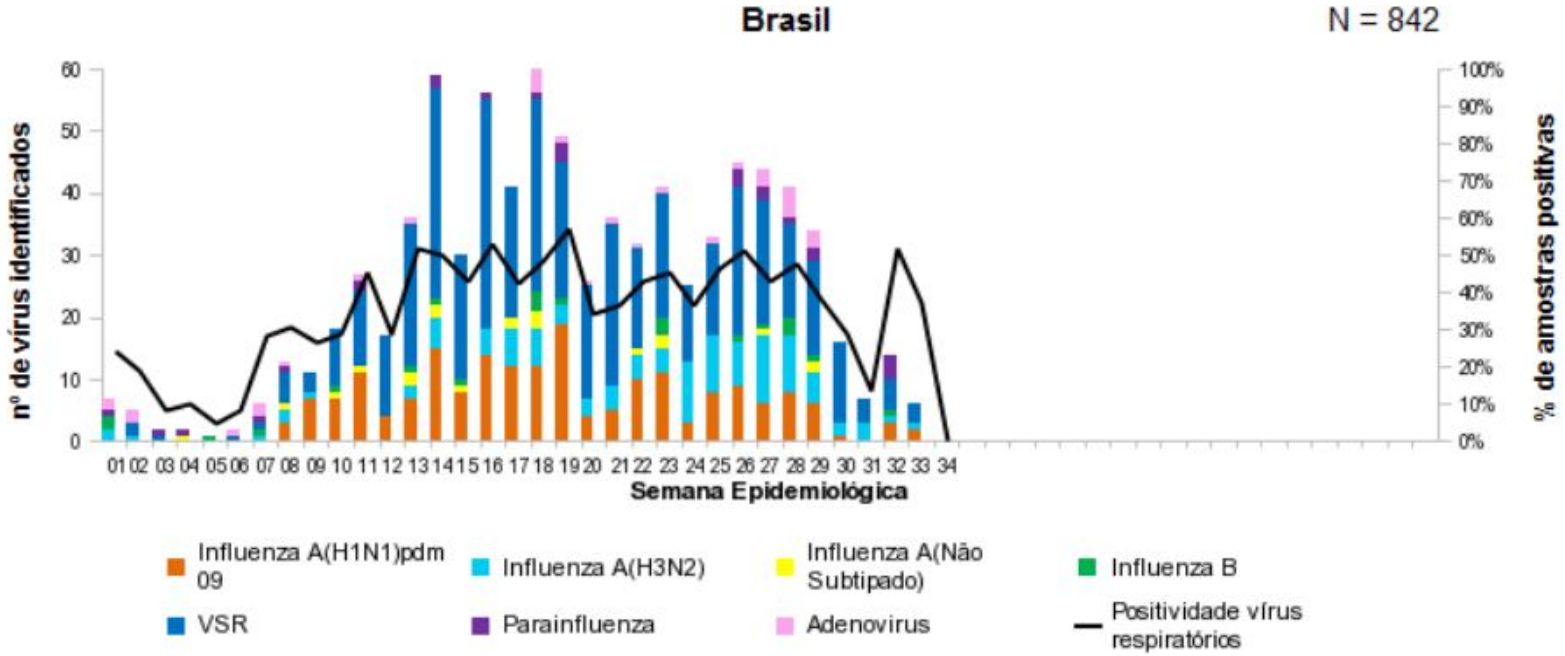
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.452 coletas, sendo 2.091 (85,3%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 842 (40,3%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 343 (40,7%) para influenza e 499 (59,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 195 (56,9%) para influenza A(H1N1)pdm09, 20 (5,8%) para influenza A não subtipado, 22 (6,4%) para influenza B e 106 (30,9%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 441 (88,4%) 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 34.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

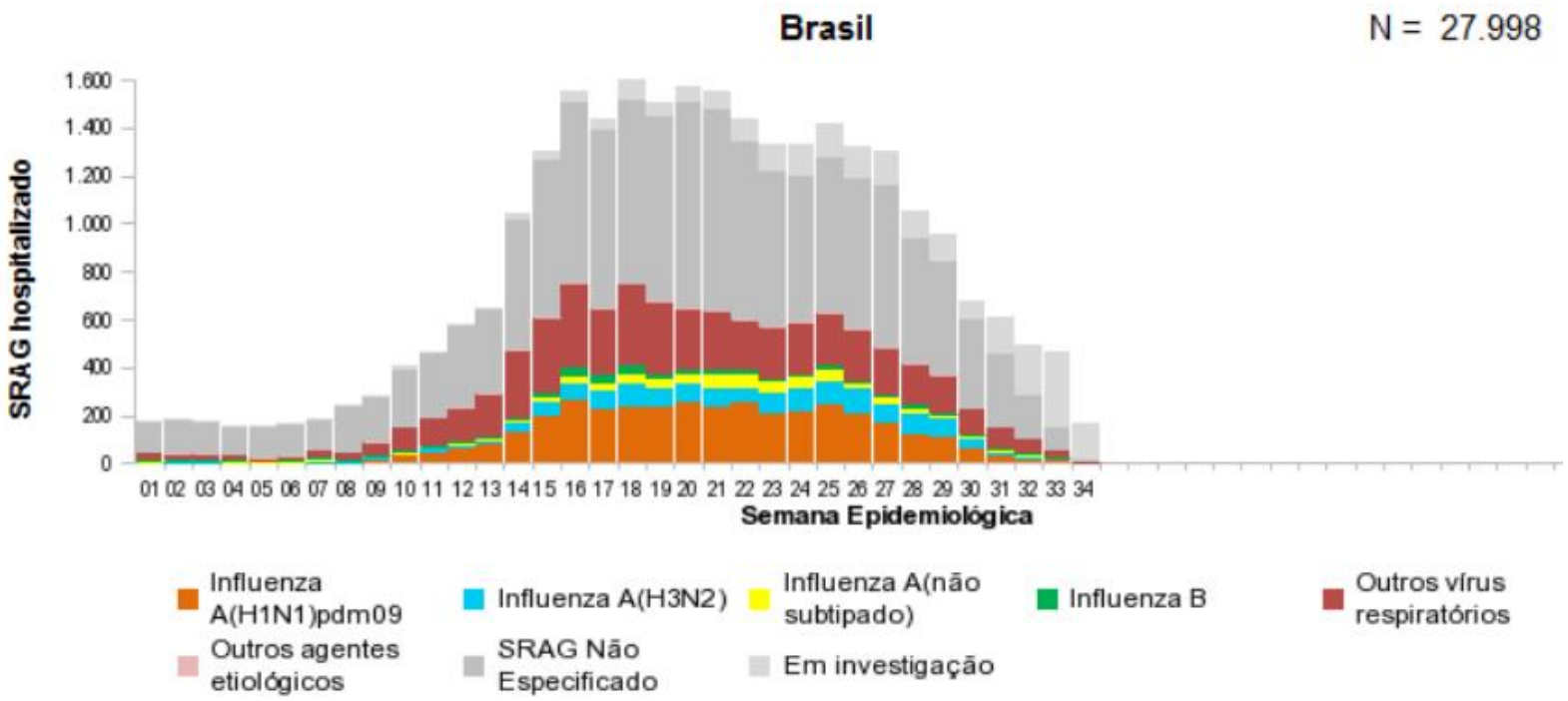
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 34 de 2018 foram notificados 27.998 casos de SRAG, sendo 22.504 (80,4%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 27,3% (6.143/22.504) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,3% (5.017/22.504) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.673 (59,8%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 616 (10,0%) influenza A não subtipado, 410 (6,7%) influenza B e 1.444 (23,5%) 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 46,7% (2.870/6.143).

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 34.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

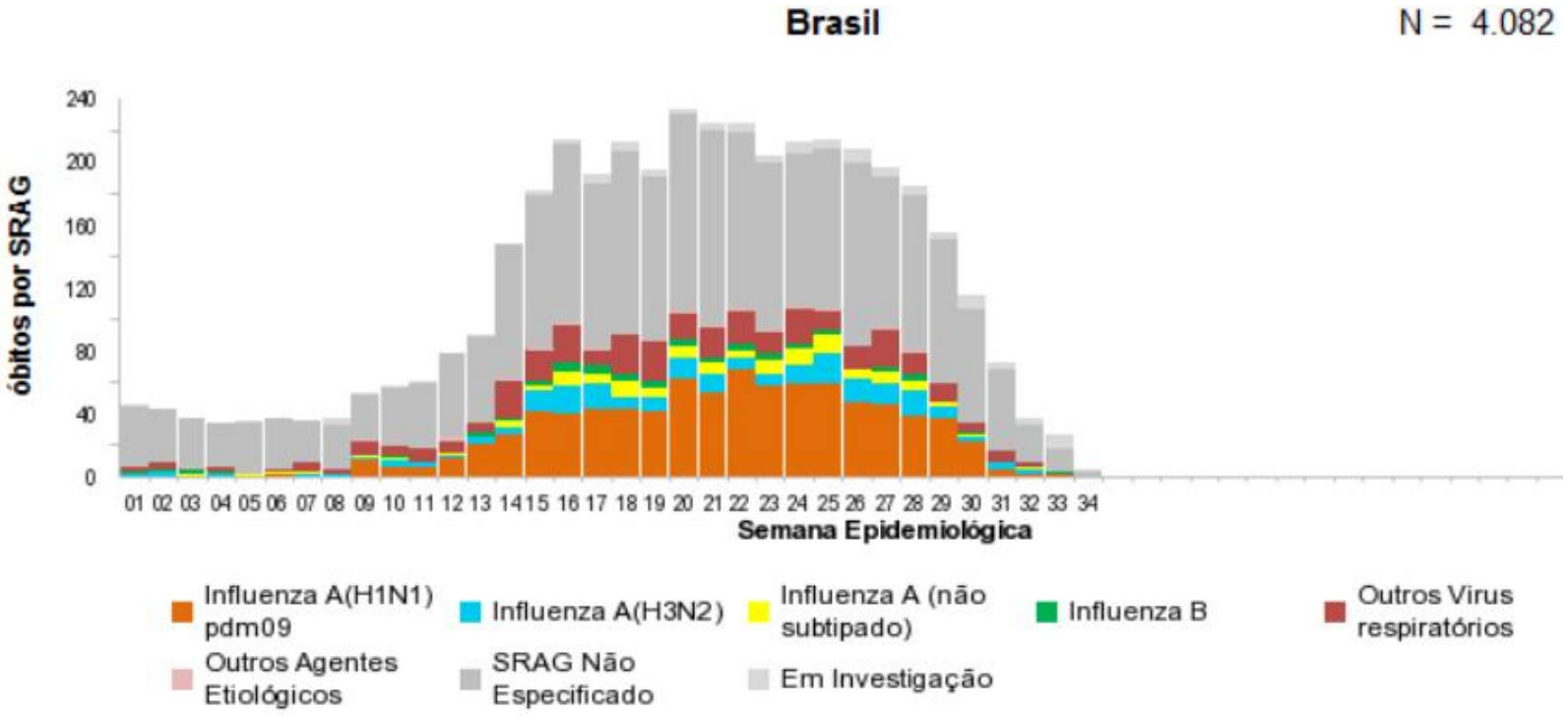
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 27/08/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 34 de 2018 foram notificados 4.082 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,6% (4.082/27.998) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.242 (30,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 831 (66,9%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 122 (9,8%) influenza A não subtipado, 65 (5,2%) por influenza B e 224 (18,0%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,6% (529/1.242), 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 34.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 27/08/2018
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 0,59/100.000 habitantes. Dos 1.242 indivíduos que foram a óbito por influenza, 935 (75,3%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus . Além disso, 968 (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.

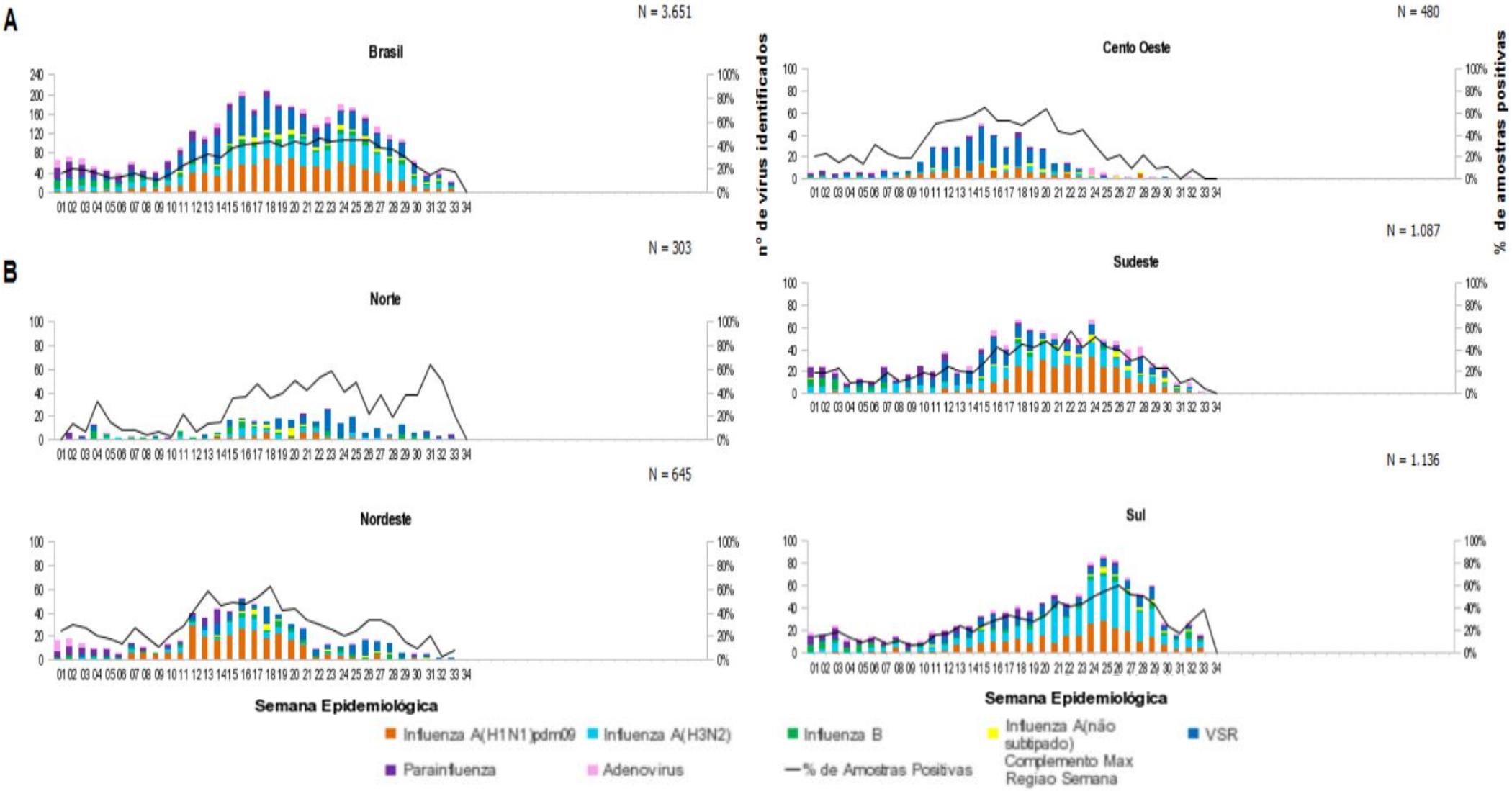
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 34.

Óbitos por Influenza (N = 1.242)	n	%
Com Fatores de Risco	**935**	**75,3%**
Adultos ≥ 60 anos	519	55,5%
Doença cardiovascular crônica	300	32,1%
Pneumopatias crônicas	224	24,0%
Diabete mellitus	220	23,5%
Obesidade	135	14,4%
Doença Neurológica crônica	96	10,3%
Doença Renal Crônica	90	9,6%
Imunodeficiência/Imunodepressão	81	8,7%
Gestante	15	1,6%
Doença Hepática crônica	25	2,7%
Criança < 5 anos	84	9,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	2	0,2%
Síndrome de Down	11	1,2%
Que utilizaram antiviral	**968**	**77,9%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, 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 34.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

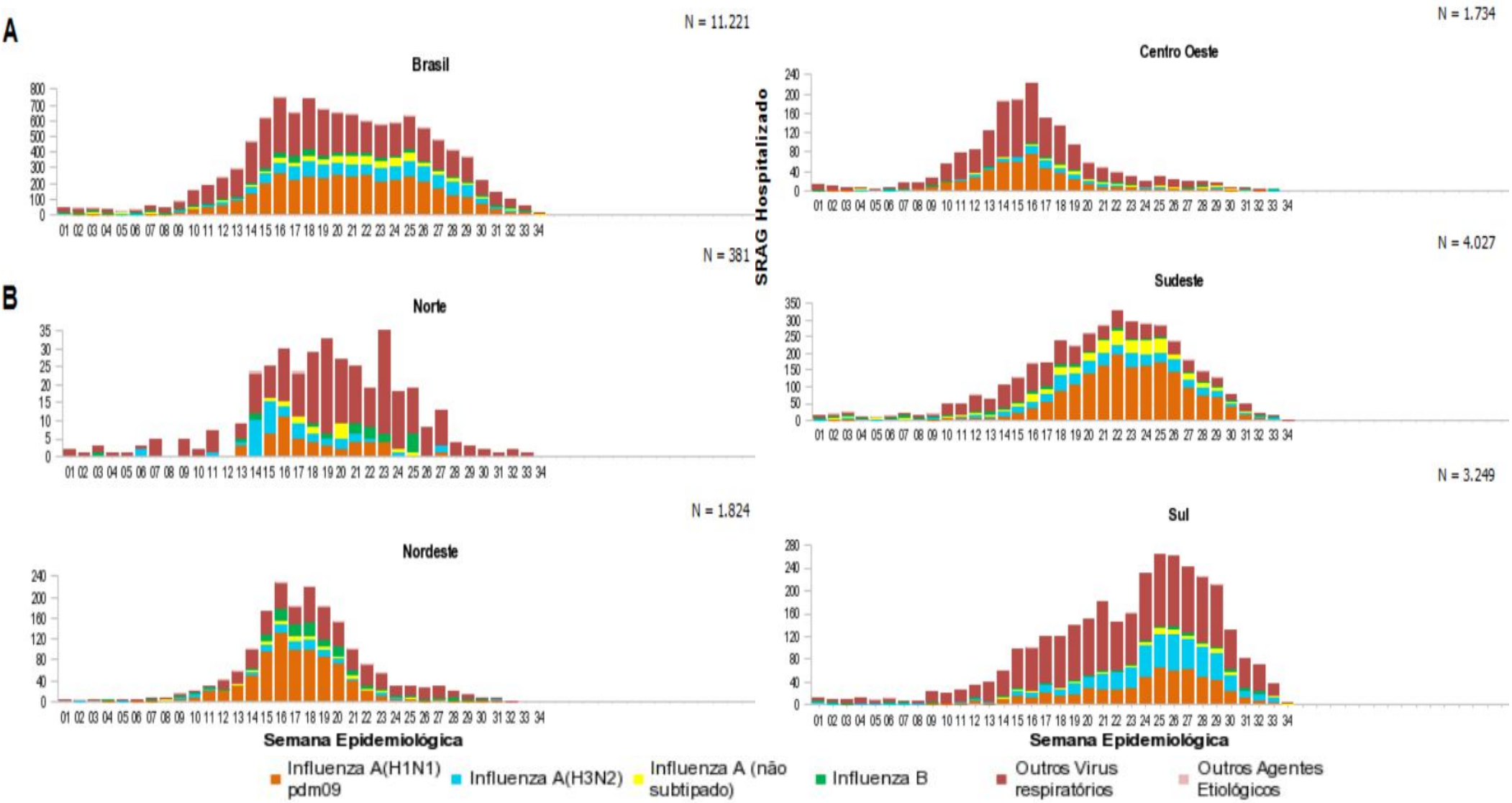
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 34.

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	**1.259**	**158**	**47**	**10**	**43**	**10**	**12**	**1**	**19**	**3**	**121**	**24**	**258**	**28**	**2**	**0**	**715**	**103**	**163**	**3**
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	54	12	10	0
ACRE	205	38	13	3	3	0	0	0	1	1	17	4	16	3	0	0	127	31	45	0
AMAZONAS	150	11	0	0	6	1	2	0	7	1	15	2	67	6	0	0	55	2	13	1
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	721	74	15	3	30	8	8	1	9	0	62	12	154	17	1	0	417	45	87	0
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	8	2	1	0
TOCANTINS	93	20	10	4	3	1	2	0	2	1	17	6	16	2	1	0	52	10	7	2
NORDESTE	**5.339**	**632**	**805**	**156**	**134**	**19**	**53**	**14**	**162**	**22**	**1.154**	**211**	**651**	**54**	**19**	**4**	**2.450**	**327**	**1.065**	**36**
MARANHÃO	177	31	26	5	3	0	11	4	2	0	42	9	8	1	4	1	69	19	54	1
PIAUÍ	365	52	135	19	1	0	2	1	2	0	140	20	57	4	2	1	157	27	9	0
CEARÁ	1.212	149	256	57	20	4	11	2	89	10	376	73	12	0	2	1	775	71	47	4
RIO GRANDE DO NORTE	252	61	41	11	17	0	8	3	13	1	79	15	26	2	0	0	100	37	47	7
PARAÍBA	204	77	16	10	10	3	0	0	5	2	31	15	12	4	0	0	138	55	23	3
PERNAMBUCO	1.434	69	91	15	44	7	0	0	6	1	141	23	3	0	1	0	490	31	799	15
ALAGOAS	115	24	17	2	3	0	8	3	3	0	31	5	2	0	5	1	73	17	4	1
SERGIPE	241	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	110	9	5	0
BAHIA	1.339	149	190	31	34	5	12	1	41	8	277	45	442	38	5	0	538	61	77	5
SUDESTE	**11.262**	**1.893**	**1.751**	**451**	**541**	**91**	**441**	**91**	**131**	**24**	**2.864**	**657**	**1.135**	**94**	**27**	**8**	**6.402**	**1.071**	**834**	**63**
MINAS GERAIS	1.652	314	72	28	72	17	94	34	7	4	245	83	125	16	6	0	1.165	205	111	10
ESPÍRITO SANTO	418	64	67	14	30	3	1	0	4	2	102	19	0	0	0	0	265	40	51	5
RIO DE JANEIRO	1.037	145	76	18	18	4	24	1	40	3	158	26	271	41	2	1	427	72	179	5
SÃO PAULO	8.155	1.370	1.536	391	421	67	322	56	80	15	2.359	529	739	37	19	7	4.545	754	493	43
SUL	**6.852**	**940**	**583**	**122**	**602**	**85**	**67**	**8**	**66**	**6**	**1.318**	**221**	**1.925**	**128**	**6**	**2**	**3.291**	**582**	**312**	**7**
PARANÁ	3.563	539	210	42	332	55	30	3	19	0	591	100	1.269	100	4	2	1.571	334	128	3
SANTA CATARINA	1.136	180	138	28	143	19	8	0	7	1	296	48	311	23	0	0	511	108	18	1
RIO GRANDE DO SUL	2.153	221	235	52	127	11	29	5	40	5	431	73	345	5	2	0	1.209	140	166	3
CENTRO OESTE	**3.268**	**454**	**485**	**91**	**122**	**19**	**43**	**8**	**31**	**10**	**681**	**128**	**1.046**	**67**	**7**	**3**	**1.439**	**243**	**95**	**13**
MATO GROSSO DO SUL	787	98	49	11	59	10	20	4	9	4	137	29	276	12	2	0	350	55	22	2
MATO GROSSO	278	76	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	4	2	1	1	179	56	30	2
GOIÁS	1.403	233	342	67	35	5	8	1	7	2	392	75	387	45	4	2	593	102	27	9
DISTRITO FEDERAL	800	47	58	6	15	2	11	1	4	0	88	9	379	8	0	0	317	30	16	0
BRASIL	**27.980**	**4.077**	**3.671**	**830**	**1.442**	**224**	**616**	**122**	**409**	**65**	**6.138**	**1.241**	**5.015**	**371**	**61**	**17**	**14.297**	**2.326**	**2.469**	**122**
Outro Pais	**17**	**5**	**2**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**5**	**1**	**2**	**1**	**0**	**0**	**8**	**3**	**2**	**0**
TOTAL	**27.998**	**4.082**	**3.673**	**831**	**1.444**	**224**	**616**	**122**	**410**	**65**	**6.143**	**1.242**	**5.017**	**372**	**61**	**17**	**14.306**	**2.329**	**2.471**	**122**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

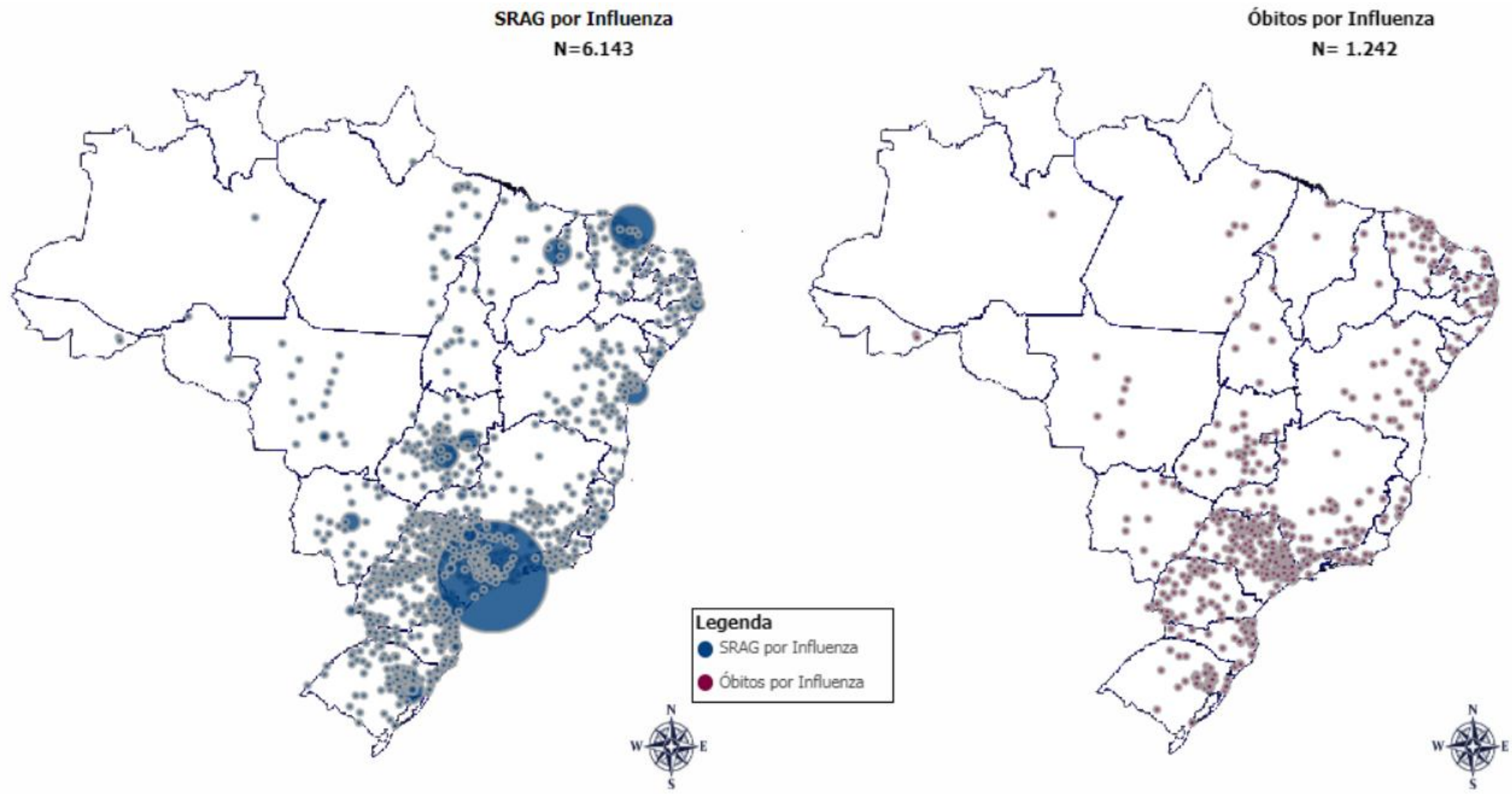
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 34.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, 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 34.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 27/8/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 35/2018

(26/08/2018 a 01/09/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CÓLERA

Local de ocorrência: Argélia
Data da informação: 31/08/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Em 26 de agosto de 2018, o Ministério da Saúde da Argélia relatou casos confirmados de cólera na parte norte do país.

Até agora, foram notificados 161 casos de cólera, incluindo dois óbitos. Entre esses casos, 56 casos foram confirmados. Cinco áreas estão relatando casos confirmados: Bouira (3), Blida (30, incluindo duas mortes), Tipaza (12), Argel (10) e Medea (1).

Além disso, em 27 de agosto de 2018, o Instituto Pasteur na Argélia confirmou que as análises laboratoriais revelaram a presença de Vibrio cholerae O1 sorotipo Ogawa. Uma fonte de água natural em Sidi el Kebir, localizada na aldeia de Hamr Al Ain na wilaya de Tipaza, foi encontrado para ser contaminado com Vibrio cholerae. Segundo o Ministério da Saúde, as autoridades sanitárias tomaram medidas corretivas e encerraram esta fonte.

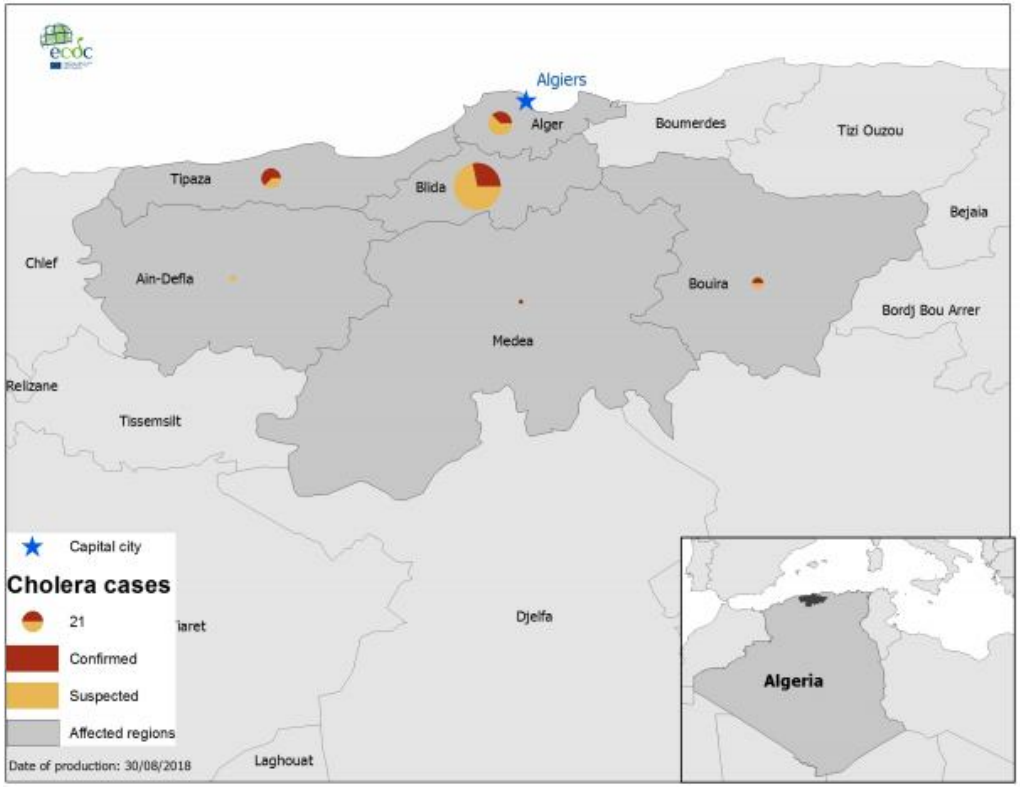
Viajantes que visitam áreas afetadas pela cólera devem procurar orientação de clínicas de viagens para avaliar seu risco pessoal e aplicar medidas preventivas para prevenir a infecção, como a vacinação e a prática de boa higiene. Estes podem incluir beber água engarrafada ou água tratada com cloro, lavar cuidadosamente frutas e legumes com água engarrafada ou clorada antes do consumo, lavar regularmente as mãos com sabão, comer alimentos bem cozidos e evitar consumo de produtos de frutos do mar crus. Estas medidas preventivas também se aplicam aos residentes da UE / EEE nas áreas afetadas.

Neste ponto, embora o risco para a UE / EEE seja muito baixo, o risco de importação de um caso de cólera não pode ser descartado.

Ações

O ECDC está preparando uma avaliação rápida dos riscos, que será publicado no site do ECDC em 7 de setembro de 2018.

Distribuição geográfica dos casos de cólera, Argélia, até 26 de agosto de 2018



FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 31/08/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Em 30 de agosto de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 710 casos humanos: Itália (327), Grécia (147), Romênia (117), Hungria (96), França (11), Áustria (8), Croácia (3) e Eslovênia (1). Os países vizinhos da UE comunicaram 265 casos humanos: Sérvia (213), Israel (49) e Kosovo * (3). Até à data, um total de 64 mortes devido à febre do Nilo Ocidental foram relatados pela Sérvia (21), Grécia (16), Itália (13), Romênia (12), França (1) e Kosovo * (1).

Durante a atual temporada de transmissão, 77 surtos entre equídeos foram relatados pela Itália (41), Hungria (31) e Grécia (5).

* Esta designação não prejudica as posições relativas ao estatuto e está em consonância com a Resolução 1244 do CSNU e com o Tribunal Internacional de Justiça.

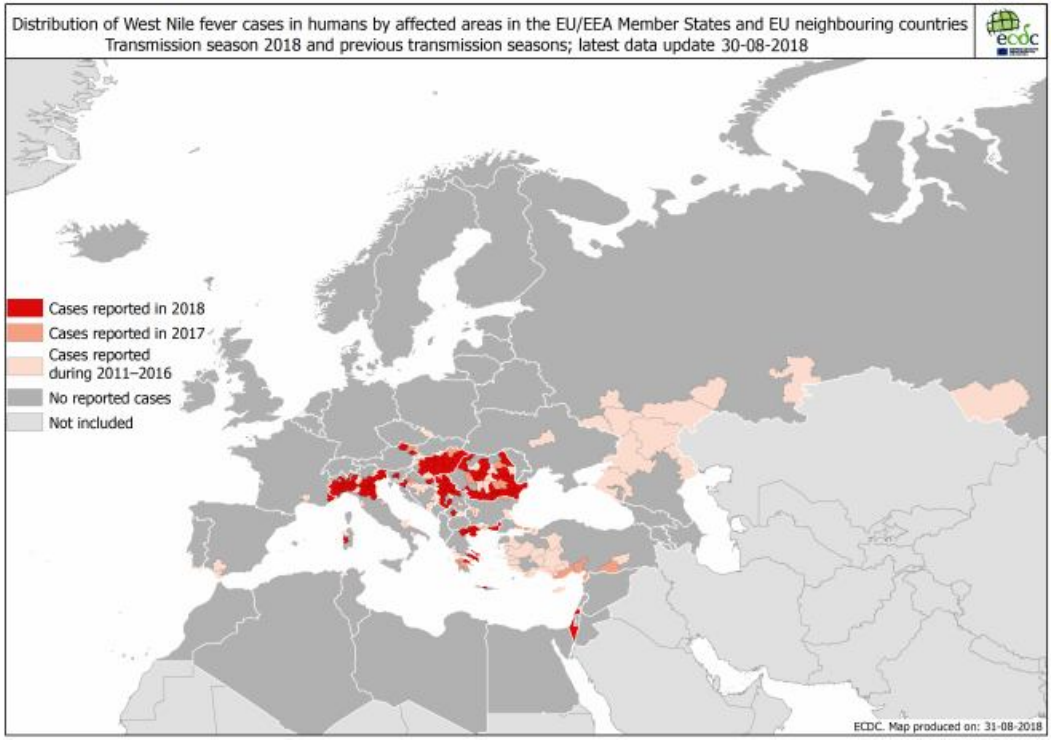
A temporada de transmissão de 2018 começou mais cedo do que o normal e números de casos aumentaram em comparação com o mesmo período dos anos anteriores. Todos os casos humanos relatados durante a atual estação de transmissão foram relatados em países afetados. De acordo com a Diretiva 2014/110 / EU da Comissão Europeia, os futuros doadores de sangue devem adiar 28 dias após deixar uma área com evidências da circulação do vírus do Nilo Ocidental entre humanos, a menos que os resultados de um teste de ácido nucleico individual forem negativos.

Ações

Durante a estação de transmissão, o ECDC publica mapas de febre do Nilo Ocidental juntamente com um resumo epidemiológico todas as sextas-feiras.

O ECDC publicou uma avaliação de risco rápida sobre o grande aumento inicial nas infecções por vírus do Nilo Ocidental na UE / EEE e EU países vizinhos em 13 de agosto de 2018.

Distribuição de casos humanos de febre do Nilo Ocidental pelas áreas afetadas em 30 de agosto de 2018



EBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo
Data da informação: 31/08/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Em 29 de agosto de 2018, o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo relatou 116 casos de doença pelo vírus Ebola, 86 confirmados, 30 prováveis, incluindo 77 mortes (47 confirmadas, 30 prováveis). Até 20 de agosto de 2018, 13 casos foram relatados em profissionais de saúde. Destes, 12 são confirmados e um morreu.

Seis zonas de saúde em duas províncias relataram casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ebola, incluindo Mabalako, Beni, Butembo, Oicha e Musienene na província de Kivu do Norte e a zona de saúde de Mangina na província de Ituri.

Até 30 de agosto de 2018 e de acordo com um relatório do European Economic Protection and Humanitarian Operations (ECHO), 2.444 contatos foram identificados em Mabalako (1.466), Mandima (514), Beni (347) e Oicha (117). Destes, 95,7% estão sendo monitorados.

Atividades de resposta: Até de 30 de agosto de 2018, 4.851 pessoas foram vacinadas em Mabalako (2.523), Beni (1.176), Mandima (1.017), Oicha (121) e Kinshasa (14). Todos eram profissionais de primeira linha.

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

A Bélgica, a Alemanha, a Itália e a Espanha emitiram pareceres contra as deslocações para a região do Kivu do Norte. Além disso, o CDC e a OMS dos EUA emitiram recomendações de viagem.

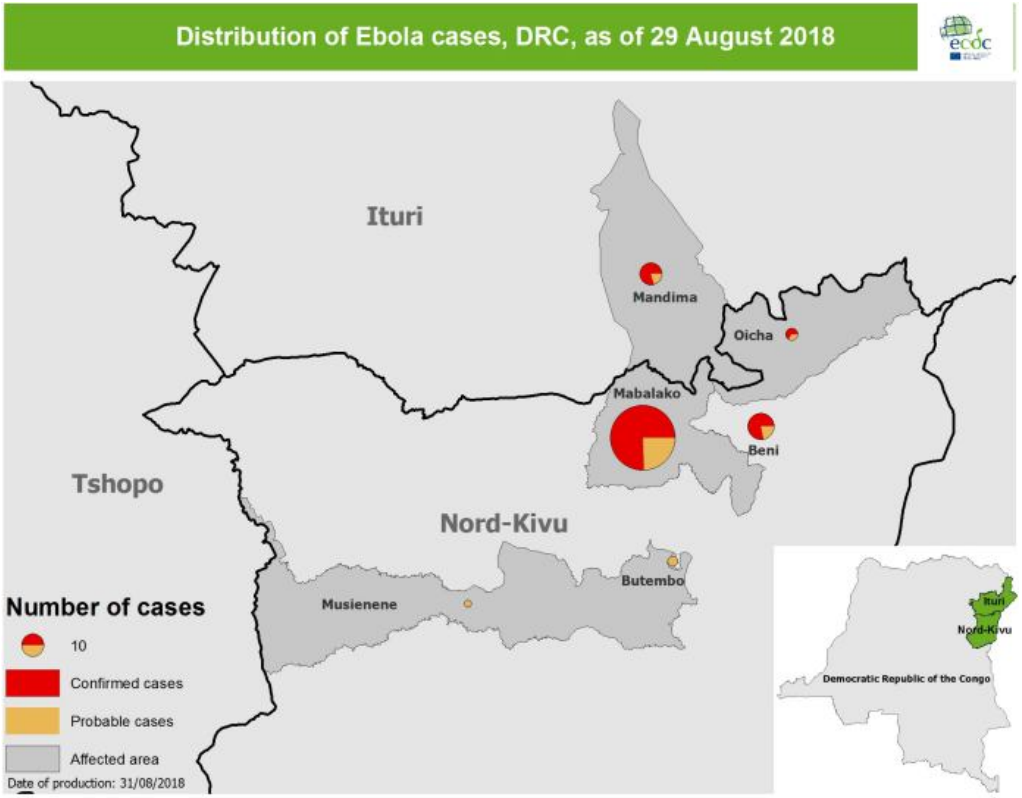
Avaliação do ECDC

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

Rotas de transporte que ligam as áreas afetadas a outras regiões da República Democrática do Congo (RDC) e vários países vizinhos (principalmente Ruanda e Uganda) podem facilitar a disseminação do vírus. A situação é agravada pelo deslocamento de pessoas devido a conflitos e crises. Segundo a OMS, o risco para a saúde pública é considerado alto no nível nacional e níveis regionais.

Ações

O ECDC monitoriza esta ameaça diariamente através da informação epidemiológica.



Distribuição geográfica dos casos confirmados e prováveis da doença pelo vírus Ebola, Norte - Províncias de Kivu e Ituri, República Democrática do Congo, em 29 de agosto de 2018

SARAMPO

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 20/08/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Mais de 41.000 crianças e adultos na Região Europeia foram infectados com o sarampo nos primeiros 6 meses de 2018. O número total para este período excede em muito os 12 meses reportados para todos os outros anos desta década. Até agora, o maior total anual de casos de sarampo entre 2010 e 2017 foi de 23.927 para 2017, e o mais baixo foi de 5.273 para 2016. Relatórios mensais de países também indicam que pelo menos 37 pessoas morreram devido ao sarampo até agora este ano.

"Após o menor número de casos da década em 2016, estamos vendo um aumento dramático em infecções e surtos estendidos", diz o Dr. Zsuzsanna Jakab, diretor regional da OMS para a Europa. “Pedimos a todos os países que implementem imediatamente medidas amplas e adequadas ao contexto para impedir a propagação dessa doença. A boa saúde para todos começa com a imunização e, enquanto esta doença não for eliminada, não estamos cumprindo os compromissos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. ”

Sete países da Região tiveram mais de 1.000 infecções em crianças e adultos este ano (França, Geórgia, Grécia, Itália, Federação Russa, Sérvia e Ucrânia). A Ucrânia foi a mais atingida, com mais de 23 mil pessoas afetadas; isso representa mais da metade do total regional. Mortes relacionadas ao sarampo foram relatadas em todos esses países, com a Sérvia registrando o maior número de 14.

De acordo com a última avaliação da Comissão Europeia de Verificação Regional para Eliminação do Sarampo e Rubéola (RVC), divulgada, 43 dos 53 Estados Membros da Região interromperam a disseminação endêmica do sarampo e 42 interromperam a rubéola (com base nos relatórios de 2017).

Ao mesmo tempo, o RVC expressou preocupação com a vigilância inadequada da doença e baixa cobertura de imunização em alguns países. Também concluiu que as cadeias de transmissão do sarampo continuaram por mais de 12 meses em alguns países que interromperam a disseminação endêmica da doença, revertendo seu status para endêmico.

"Esse revés parcial demonstra que todas as pessoas que não estão imunes continuam vulneráveis, não importa onde morem, e todos os países devem continuar pressionando para aumentar a cobertura e fechar as lacunas de imunidade, mesmo depois de terem interrompido ou eliminado o status", disse o diretor Nedret Emiroglu, da Divisão de Emergências de Saúde e Doenças Transmissíveis no Escritório Regional da OMS para a Europa.

O vírus do sarampo é extremamente contagioso e se espalha facilmente entre os indivíduos suscetíveis. Para evitar surtos, pelo menos 95% da cobertura vacinal com 2 doses de vacina contra o sarampo é necessária em todas as comunidades, assim como esforços para alcançar crianças, adolescentes e adultos que perderam a vacinação de rotina no passado.

Enquanto a cobertura vacinal com 2 doses de vacina contra o sarampo aumentou de 88% das crianças elegíveis na Região em 2016 para 90% em 2017, persistem grandes disparidades no nível local: algumas comunidades relatam mais de 95% de cobertura e outras abaixo de 70% .

A OMS está trabalhando de perto com os Estados-Membros que atualmente enfrentam surtos para implementar medidas de resposta, incluindo maior imunização rotineira e suplementar, bem como maior vigilância para detectar rapidamente os casos. A OMS também está trabalhando com outros países para atingir o limite de 95%.

“Nesta conjuntura de meio termo para o Plano de Ação Europeu de Vacinas, devemos celebrar nossas conquistas, sem perder de vista aqueles que ainda estão vulneráveis e cuja proteção requer nossa atenção urgente e permanente”, conclui o Dr. Jakab. “Nós podemos parar esta doença mortal. Mas nós não teremos sucesso a menos que todos façam a sua parte: imunizar seus filhos, eles mesmos, seus pacientes, suas populações - e também lembrar aos outros que a vacinação salva vidas ”.

Todos os 53 países da Região irão rever os progressos a médio prazo em direção aos objetivos do Plano de Ação Europeu para Vacinas na 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para a Europa, que acontecerá em Roma, Itália, em 17-20 de setembro de 2018.

MERS-CoV

Local de ocorrência: Inglaterra
Data da informação: 31/08/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Em 23 de agosto de 2018, Public Health England (PHE) relatou um caso de MERS-CoV detectado na Inglaterra. O paciente é um residente da Arábia Saudita que viajou de Jeddah para Manchester. O caso foi transferido para uma enfermaria de isolamento após a suspeita de MERS-CoV e está atualmente em um hospital especializado em Liverpool em uma condição estável. De acordo com as autoridades britânicas, um número de contatos próximos foram identificados e estão sendo acompanhados. Este é o quinto caso de MERS-CoV diagnosticado no Reino Unido, com casos anteriores diagnosticados em 2012 a 2013.

A maioria das infecções por MERS-CoV continua a ser relatada no Oriente Médio e, mais especificamente, na Arábia Saudita.

Podem esperar-se infecções esporádicas de MERS-CoV em viajantes que regressam a países da UE / EEE, dada a ocorrência regular de infecções MERSCoV no Oriente Médio e o número significativo de pessoas que viajam entre a região e os países da UE.

As autoridades europeias de saúde pública devem permanecer vigilantes, continuar a vigilância das infecções respiratórias agudas e manter a preparação para casos MERS-CoV relacionados com viagens que entram na UE/EEE. Informações sobre o risco devem ser compartilhadas com os médicos para identificação precoce, isolamento e diagnóstico de possível MERS-CoV. Adesão aos protocolos de controle de infecção através do contato com possíveis casos é fundamental para prevenir a disseminação de MERS-CoV em configurações de saúde. Os pareceres emitidos anteriormente para viajantes, incluindo peregrinos e profissionais de saúde, continuam válidos. Residentes da União Europeia que viajarem para países do Oriente Médio precisam ser informados de que a MERS-CoV está circulando nessas áreas. Contatos próximo com dromedários, o consumo de produtos de camelos crus / mal cozidos, como o leite, e a transmissão em ambientes hospitalares são as principais fontes de infecção.

Os países devem aconselhar os viajantes que retornam de todas as áreas afetadas pela MERS-CoV a procurarem atendimento médico caso desenvolvam doenças respiratórias com febre e tosse ou diarreia durante as duas semanas após o seu regresso e para informar as suas recentes viagens ao seu provedor de serviços de saúde.

O risco de transmissão generalizada de MERS-CoV na comunidade após importações esporádicas para a UE/EEE permanece muito baixo.

Medidas apropriadas de controle de infecção são implementadas rapidamente quando se visualizam casos suspeitos.

Ações

O ECDC publicou uma avaliação rápida dos riscos, "Doença respiratória grave associada a coronavírus da síndrome respiratória do Médio Oriente“ (MERS-CoV), em 29 de agosto de 2018.

Fonte: google.com.br

DIFTERIA

Local de ocorrência: Américas
Data da informação: 29/08/2018
Fonte da informação: Organização Pan-Americana de Saúde **/** Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

COMENTÁRIOS:

Entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 34 de 2018, três países (Colômbia, Haiti e República Bolivariana da Venezuela) relataram casos confirmados de difteria.

Na Colômbia, entre SE 11 e SE 32 de 2018, foram confirmados 8 casos de difteria, dos quais dois são importados da Venezuela e 6 adquiriram a doença no território colombiano, em áreas caracterizadas por um alto fluxo de população migrante venezuelana. Todos os casos são masculinos, 6 são de nacionalidade venezuelana e dois são colombianos. A mediana de idade é 20 anos (variação de 3 a 37 anos) e não têm histórico de vacinação conhecido. As datas de início dos sintomas foram entre 2 de janeiro e 8 de julho de 2018. Os casos foram notificado por dois departamentos de fronteira com a Venezuela; La Guajira (5 casos) e norte de Santander (3 casos). Todos foram confirmados por critérios clínico-epidemiológicos e laboratório.

Dos casos confirmados, houve 3 mortes em cidadãos venezuelanos (taxa de letalidade de 38%), dos quais dois correspondem a casos importados.

No Haiti, o surto continua ativo, com um total de 653 casos prováveis acumulados, incluindo 100 mortes, notificadas entre o SE 32 de 2014 e o SE 34 de 2018. Dos quais 223 foram confirmados (219 por laboratório e 7 por vínculo epidemiológico). Taxas de letalidade entre os casos confirmados pelo laboratório foram 23% em 2015, 39% em 2016, 8% em 2017 e 2018. O número de casos prováveis relatados em 2018, até 34 SE, é 28% superior ao número total de casos registrados em 2017 e 115% a mais do que o reportado em 2016, devido ao aumento da sensibilidade do sistema nacional de vigilância.

Em 2018, foram notificados 249 casos prováveis (entre SE 1 e SE 34), dos quais 56 foram confirmadas (51 por laboratório e 5 por ligação epidemiológica). Durante o mesmo período, foram relatados 20 mortes (4 confirmadas por laboratório, 5 confirmadas por nexo epidemiológico, 9 com amostras laboratoriais não viáveis e 2 permanecem sob investigação).

A faixa etária dos casos prováveis é de 0 a 78 anos, 66% são menores de 15 anos. Em relação ao gênero, 61% do total de casos eram mulheres; enquanto, em 2015, 2016 e 2017 essa proporção foi de 56%, 50% e 58%, respectivamente.

No que diz respeito às características dos casos confirmados, notificados em 2018 (56 casos), 39% corresponde a crianças menores de 15 anos (faixa de 2 a 33 anos); 57% são mulheres, enquanto, em 2015, 2016 e 2017 a proporção foi de 63%, 54% e 53%, respectivamente.

Na Venezuela, o surto de difteria que começou em julho de 2016 ainda está ativo. De julho de 2016 até a SE 32 de 2018, 1.992 casos suspeitos foram notificados (324 casos em 2016, 1.040 em 2017 e 628 em 2018), dos quais 1.217 foram confirmados, e 168 morreram (17 em 2016, 103 em 2017 e 48 em 2018). Do total de casos confirmados, 470 foram por laboratório e 747 por ligação epidemiológica. A taxa cumulativa de casos fatais entre os casos confirmados é de 14%.

Em 2016, foram notificados casos em 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas e Sucre) enquanto em 2017 os casos foram registrados em 22 estados e no Distrito Capital. Durante 2018 são 20 entidades federais que relataram casos confirmados. Os casos foram registrados em todas as idades, mas a população mais afetada é a do grupo de 1 a 49 anos, onde a maior incidência corresponde ao grupo de 10 a 14 anos.

Orientação para os Estados Membros

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) recomenda que os Estados-Membros prossigam os seus esforços para garantir de vacinação superior a 95% com as séries primárias e reforços, utilizando estratégias que permitir alcançar os níveis adequados de cobertura em todas as suas entidades territoriais.

A OPAS / OMS lembra que os grupos da população em maior risco são os mais jovens de 5 anos não vacinados, crianças em idade escolar, trabalhadores de saúde, pessoal de serviço militar, membros de comunidades penitenciárias e pessoas que, pela natureza de seu trabalho ou comércio estão em contato permanente e diário com um grande número de pessoas.

Embora os viajantes não tenham um risco especial de contrair difteria, recomenda-se que autoridades nacionais lembrem os viajantes de ir a áreas com surtos de difteria devidamente vacinados antes da viagem de acordo com o calendário de vacinação nacional estabelecida em cada país. Se mais de 5 anos se passaram desde a última dose, recomenda-se uma dose de reforço.

Recomenda-se fortalecer os sistemas de vigilância para a detecção precoce de casos suspeitos, a fim de iniciar o tratamento oportuno dos afetados e acompanhar seus contatos. A vacinação é fundamental para prevenir casos e surtos; e gestão clínica adequada diminui complicações e letalidade.

MALÁRIA

Local de ocorrência: República Dominicana
Data da informação: 01/09/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde Pública da República Dominicana confirmou sábado, pelo menos 20 casos de malária em Santo Domingo Oeste, e esta monitorando outros 178 casos suspeitos da doença.

De acordo com Rafael Sanchez Cardenas, Ministro da Saúde, o surto de malária em La Cienaga, Juan Guzman de Manoguayabo e Villa Verde, é um problema recorrente desde 2014 por água acumulada e as próprias condições dessas áreas.

O ministro falou durante uma visita aos bairros onde entregou mosquiteiros e orientou a população para prevenir a doença transmitida por um mosquito.

As autoridades de saúde pública estarão realizando o dia de prevenção por 20 dias.

De acordo com dados da Saúde Pública, a incidência de malária foi reduzida em 31% este ano em relação a 2017. No entanto, alguns surtos persistem porque é uma doença endêmica.

A malária é uma doença causada por um parasita que é transmitido aos seres humanos pela picada de mosquitos infectados.

Os sintomas são calafrios, tremor moderado a intenso, febre alta, sudorese, dor de cabeça, vômitos e diarreia.

Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Paquistão
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: thenews.com.pk (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Dois pacientes foram testados positivos para dengue na capital federal, sendo os primeiros casos confirmados da infecção este ano em Islamabad, embora ambos os pacientes tenham sido testados como positivos em um dos três hospitais de ensino em Rawalpindi, Holy Family Hospital.

Dados coletados por 'The News' revelaram que um dos dois primeiros pacientes de dengue relatados em Islamabad este ano é um residente do G-6/3, enquanto o outro, um policial de trânsito é um residente de Tehsil Gujar Khan.

Segundo especialistas em saúde, o surgimento dos dois primeiros casos de dengue da capital federal antes do início da alta temporada de transmissão da dengue nesta região do país é alarmante.

O CDA forneceu resposta técnica ao caso relatado do G-6/3 no domingo de manhã e pulverizou inseticida em 49 casas, incluindo a residência do paciente e 48 casas em volta da casa do paciente, disse o responsável de saúde do Departamento de Saúde da ICT, Muhammad Najeeb Durrani enquanto conversava com 'The News' no domingo.

Ambos os pacientes testados positivos para dengue no hospital estão estáveis. Os dois pacientes chegaram no hospital com sinais e sintomas de dengue e foram internados na unidade de dengue no Departamento de Doenças Infecciosas (DID) após serem suspeitos de serem pacientes de dengue. Após a sorologia da dengue, os testes revelaram-se positivos para a infecção.

Dr. Durrani disse após o aparecimento dos dois primeiros casos de dengue de Islamabad, que o Departamento de Saúde reforçou ainda mais a vigilância hospitalar para evitar a propagação da infecção e dar resposta em tempo hábil a cada caso confirmado, realizando atividades de conscientização na área onde o caso foi relatado.

Muitos especialistas em saúde acreditam que a confirmação de pacientes com dengue da capital federal aumentaram as chances de propagação da infecção nesta região, especialmente porque a população nas cidades de Islamabad e Rawalpindi vem enfrentando graves picos de dengue nos últimos cinco anos.

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 28/08/2018
Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

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

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

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - um novo caso do poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1). República Democrática do Congo - Baseado em contatos positivos, dois casos negativos de índice AFP classificados como poliovírus derivados da vacina circulantes tipo 2 (cVDPV2). Nigéria - três novos casos de cVDPV2. Papua Nova Guiné - dois novos casos de poliovírus tipo 1 derivados da vacina circulantes (cVDPV1).

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	15	32	9	47	22	96
- in endemic countries	15	8	9	0	22	0
- in non-endemic countries	0	24	0	47	0	96

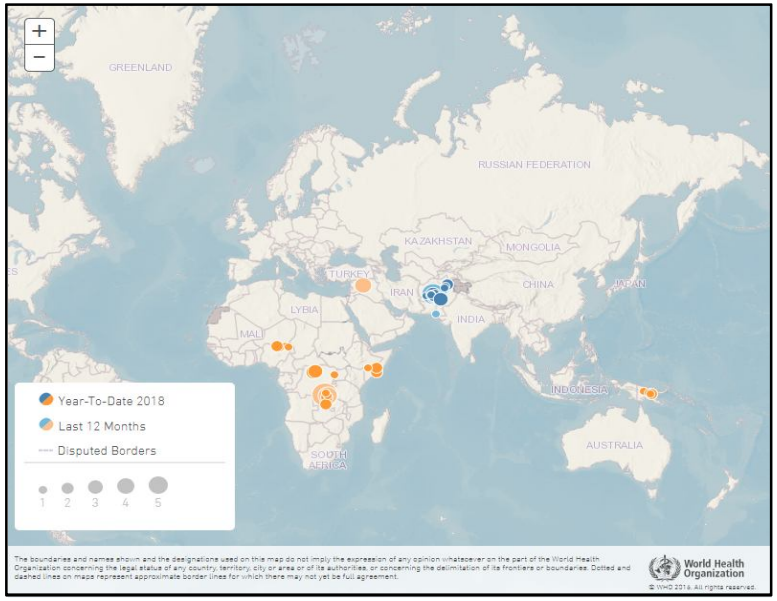
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

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	12	0	6	0	14	0	17/Jul/18	NA
Paquistão	3	0	3	0	8	0	18/May/18	NA
Nigéria	0	8	0	0	0	0	NA	27/Jul/18
República Democrática do Congo	0	13	0	8	0	22	NA	22/Jul/18
Síria	0	0	0	39	0	74	NA	21/Sep/17
Somalia	0	6	0	0	0	0	NA	10/Jul/18
Papua New Guinea	0	5	0	0	0	0	NA	08/Jul/18

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 03 de setembro de 2018



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

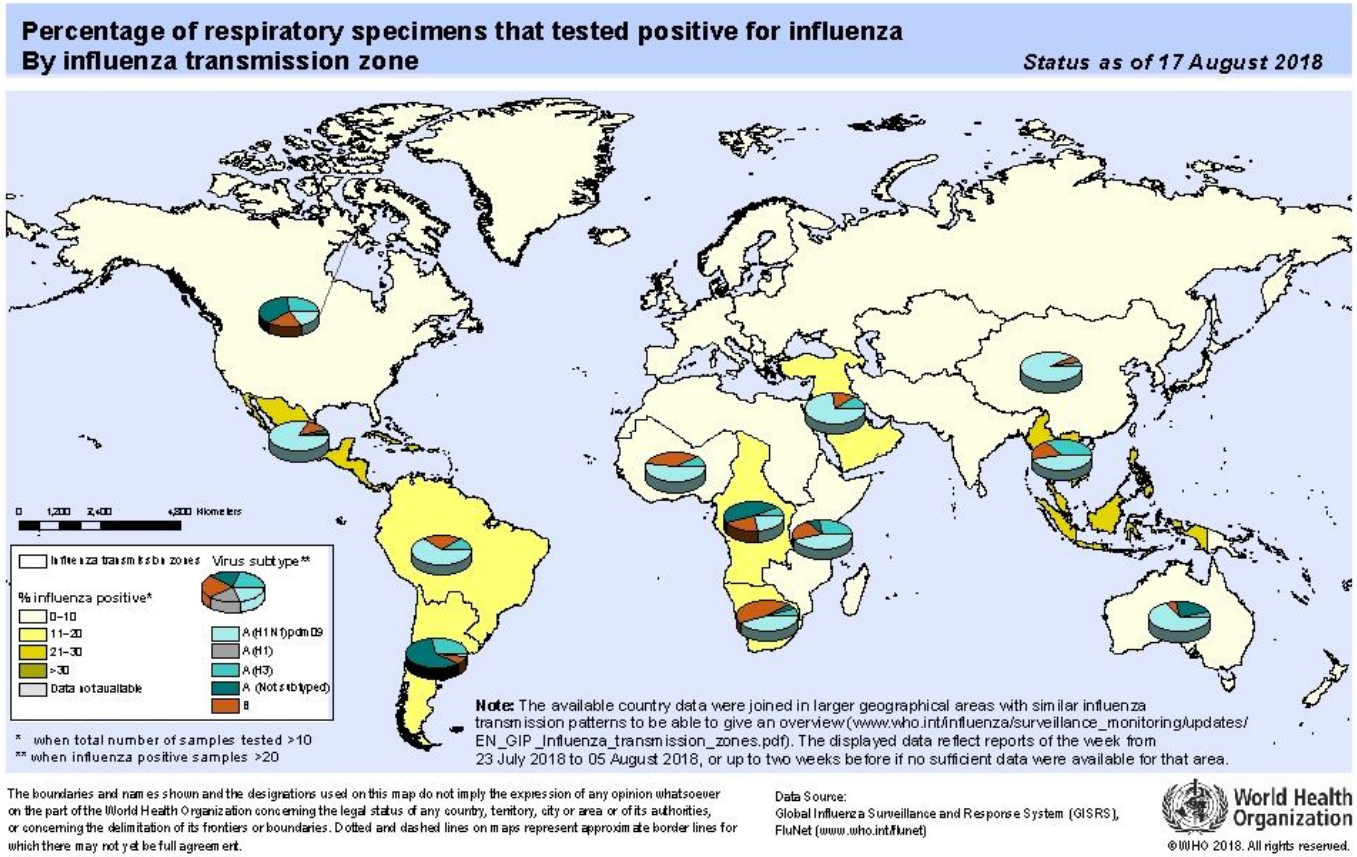
INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 20/08/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu elevada na América do Sul e continuou a diminuir na África Austral. A atividade da gripe permaneceu abaixo do limiar sazonal na Austrália e Nova Zelândia e nos níveis inter-sazonais na maior parte da zona temperada do hemisfério norte. Relatos de atividade da gripe foram relatados como diminuídos em alguns países da América tropical. Em todo o mundo, os vírus do subtipo A da gripe sazonal foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 67 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 23 de julho de 2018 a 05 de agosto de 2018 (dados de 2018-08-17 03:34:24 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 42.056 espécimes durante esse período de tempo. 916 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 799 (87,2%) foram tipificados como influenza A e 117 (12,8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 535 (79,6%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 137 (20,4%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 39 (72,2%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 15 (27,8%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

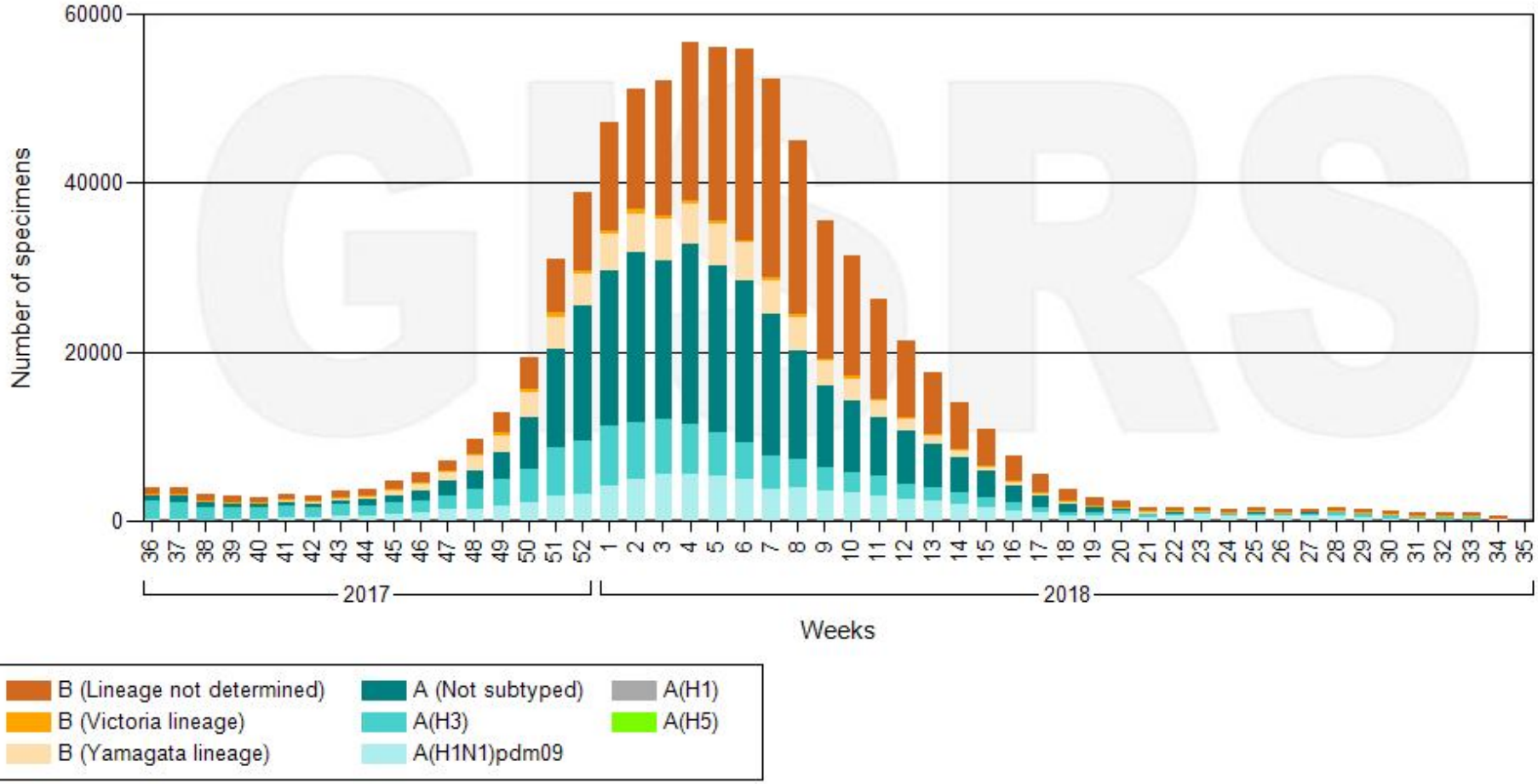
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 03/09/2018 19:19:45 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

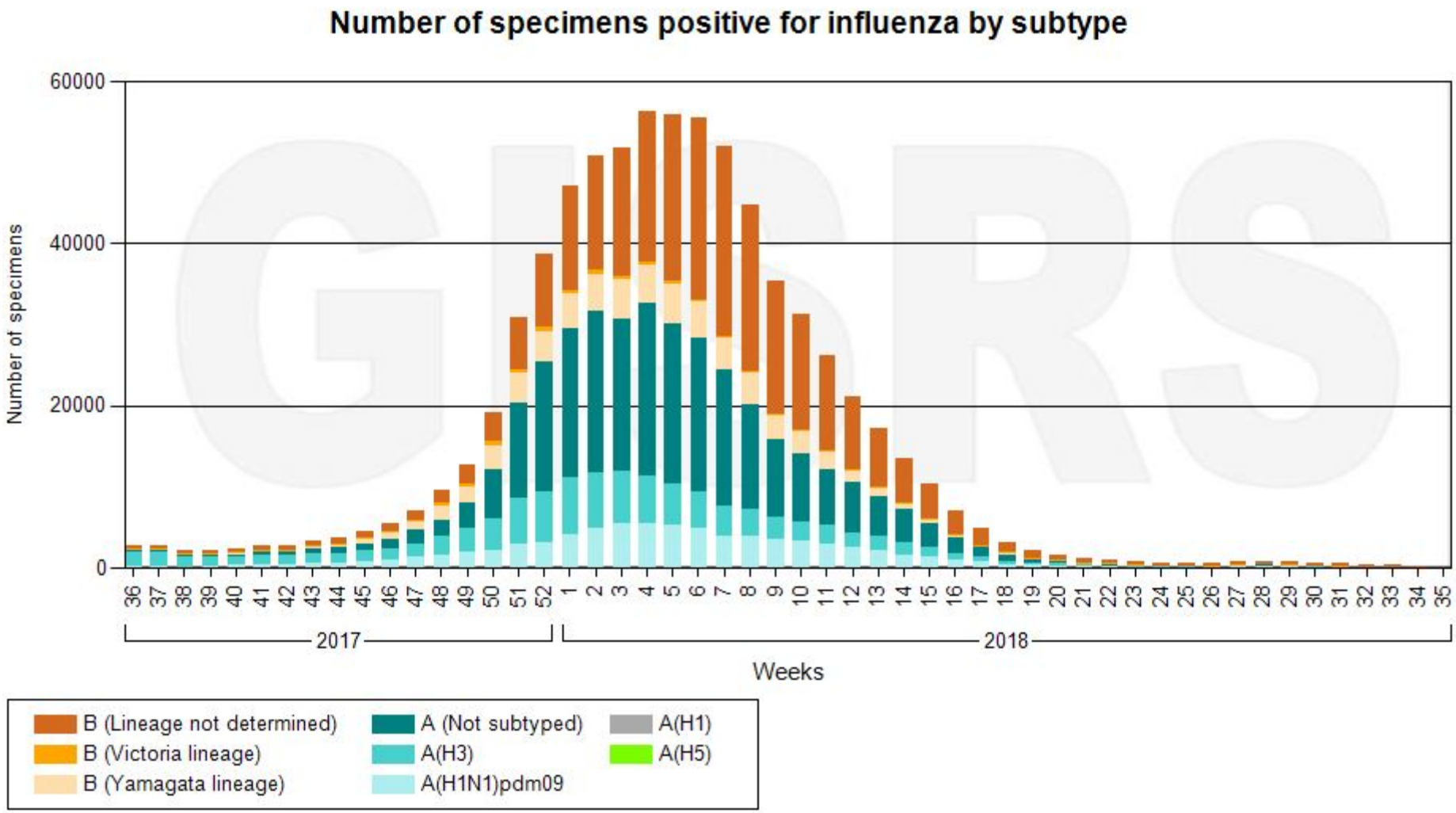
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 03/09/2018 19:21:19 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

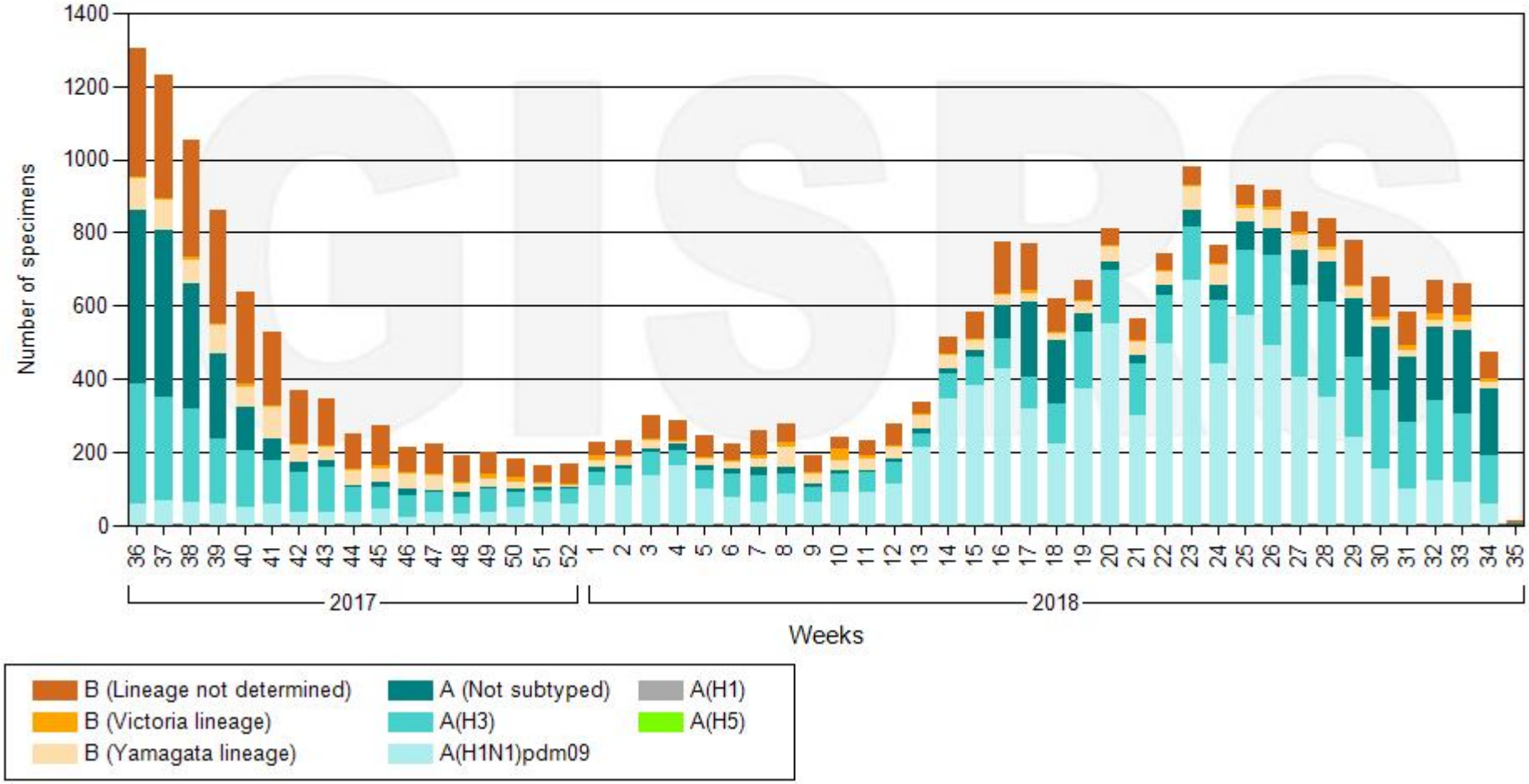
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 03/09/2018 19:22:02 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

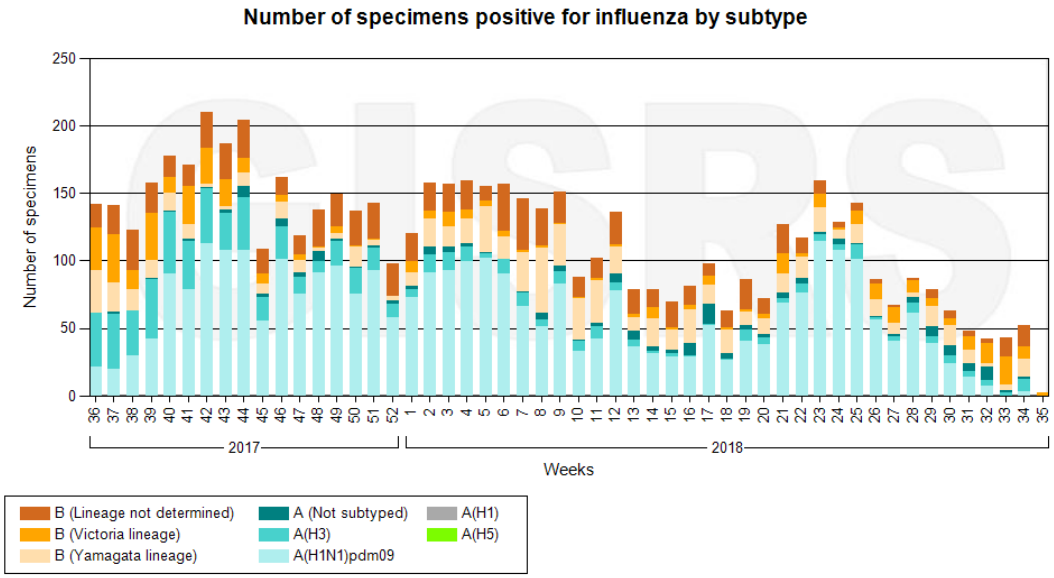
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:22:46 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

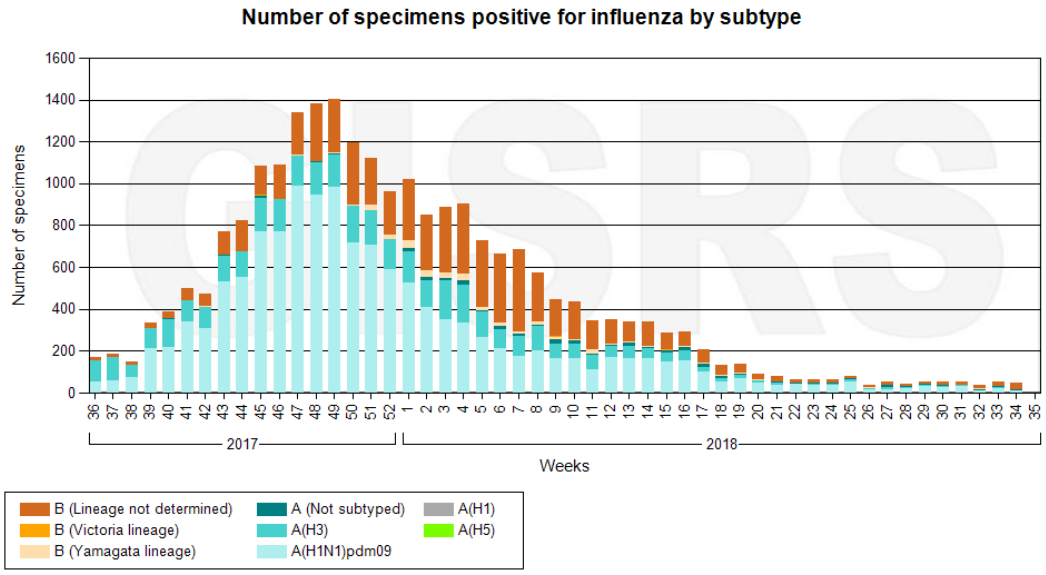
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:23:46 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

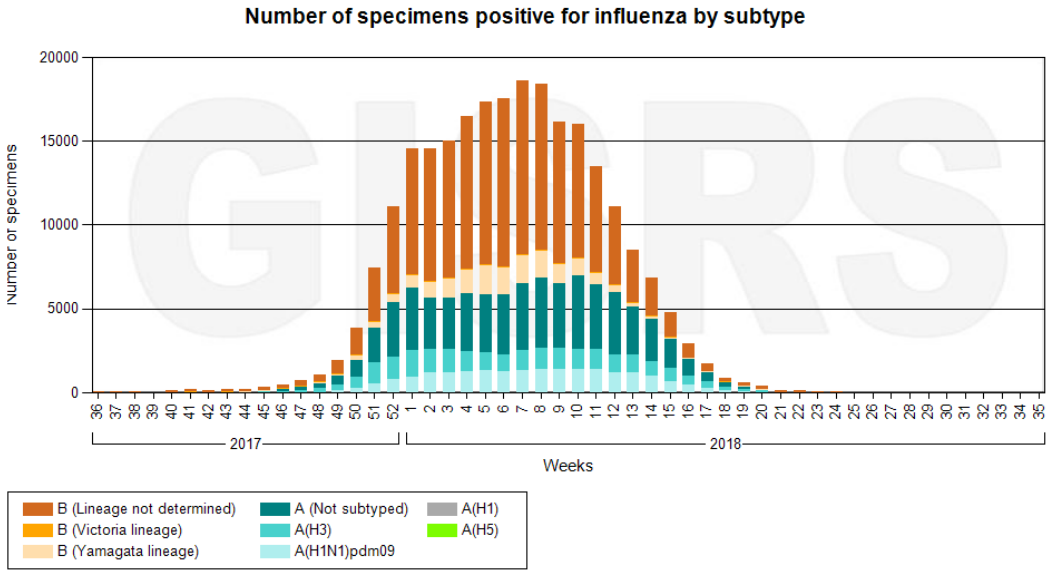
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:24:32 UTC

World Health Organization

European Region of WHO



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

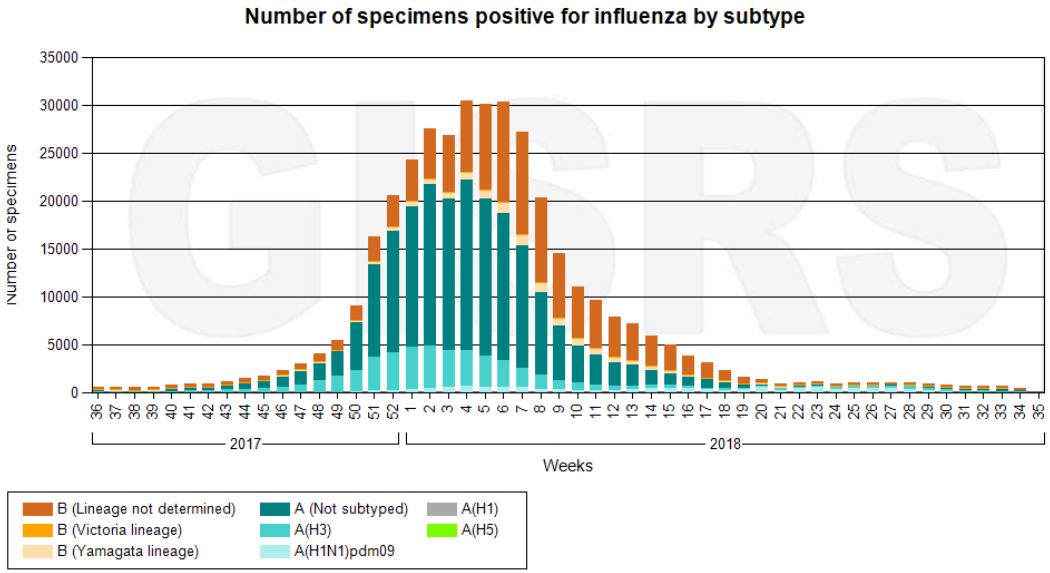
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:25:47 UTC

Region of the Americas of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

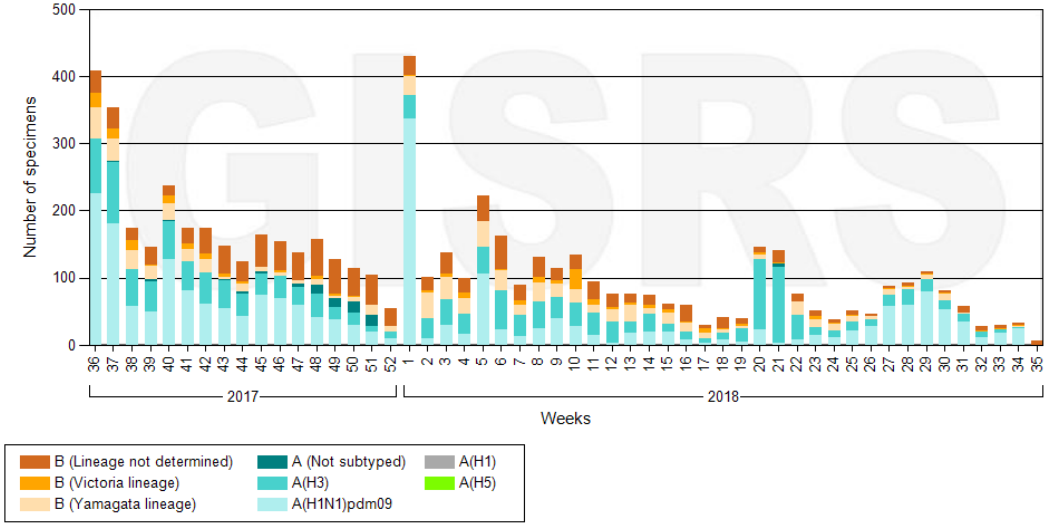
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:26:47 UTC

World Health Organization

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

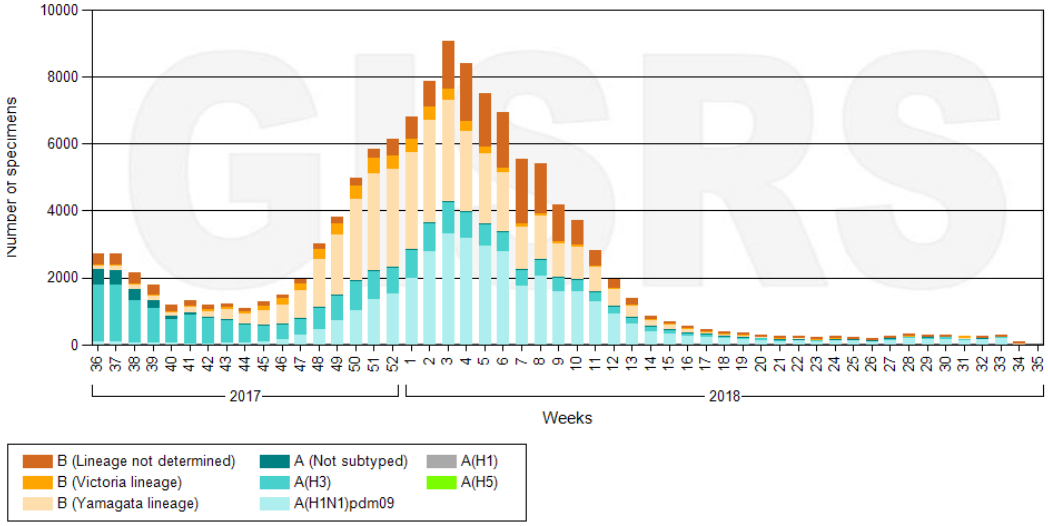
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/09/2018 19:27:35 UTC

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

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