INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 36/2018

(02/09/2018 a 08/09/2018)

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 36/2018

(02/09/2018 a 08/09/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 11/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

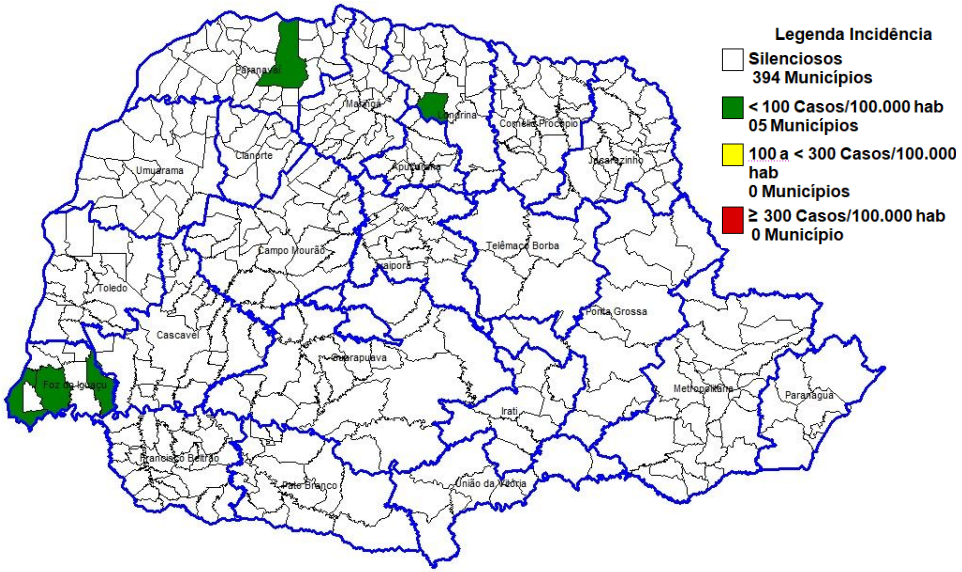
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 36/2018.

Foram notificados no referido período 586 casos suspeitos de dengue, dos quais 221 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,05 casos por 100.000 hab. (6/11.163.018 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 (125), Foz do Iguaçu (83) e Maringá (45). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Foz do Iguaçú (2), Rolândia (2) e Guaíra (1).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 36/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 36/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	88
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	18
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	8
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	5
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	5
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 14ª, 17ª)	3
TOTAL DE CASOS	**10**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	6
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	4
TOTAL DE NOTIFICADOS	**586**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 36/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	10 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	0	-	0
Descartados	-	-	221
Em andamento/investigação	-	-	355
Total	**10 (1,7%)**	**0 (0,0%)**	**586**

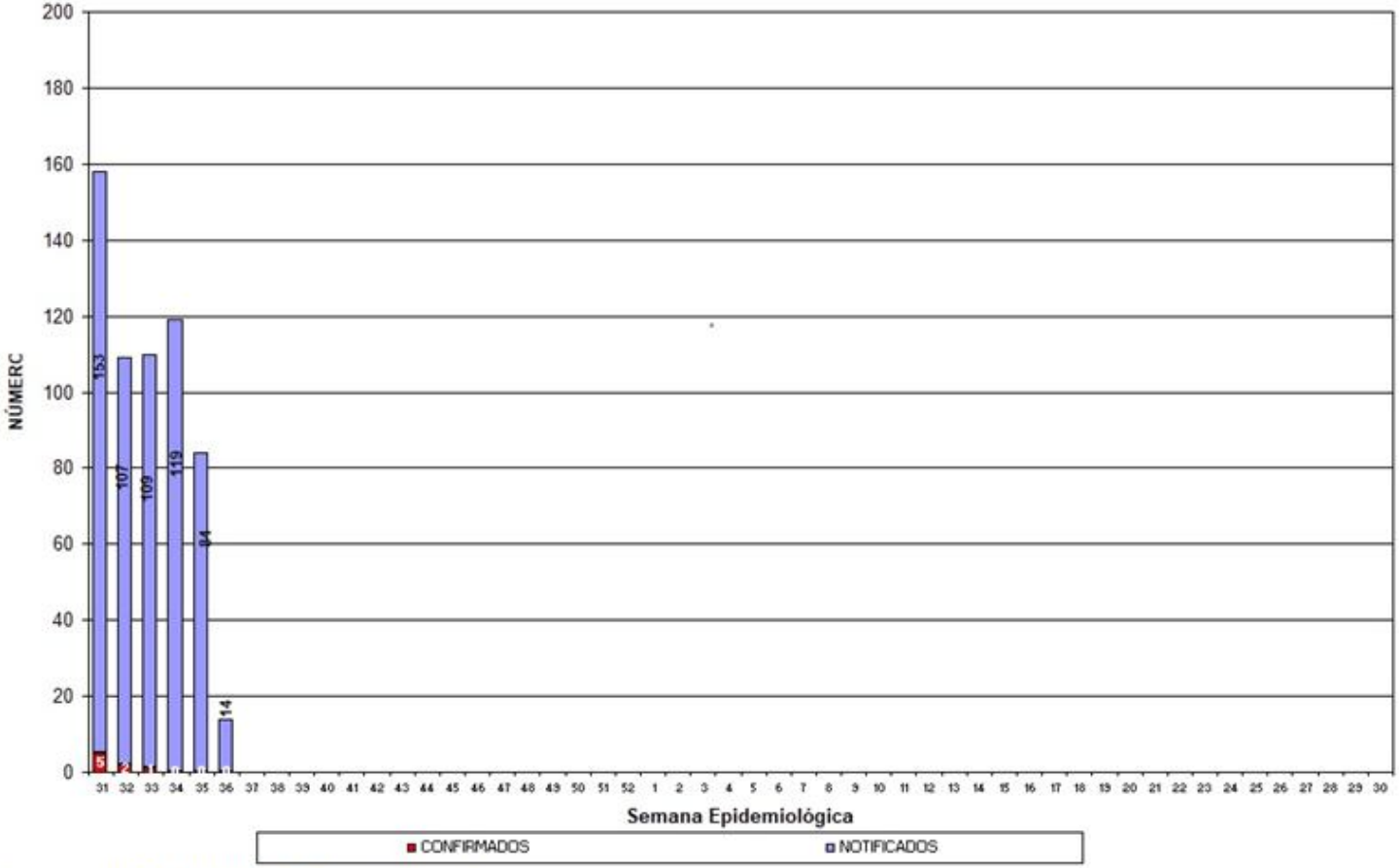
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 11/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 36/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 11/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

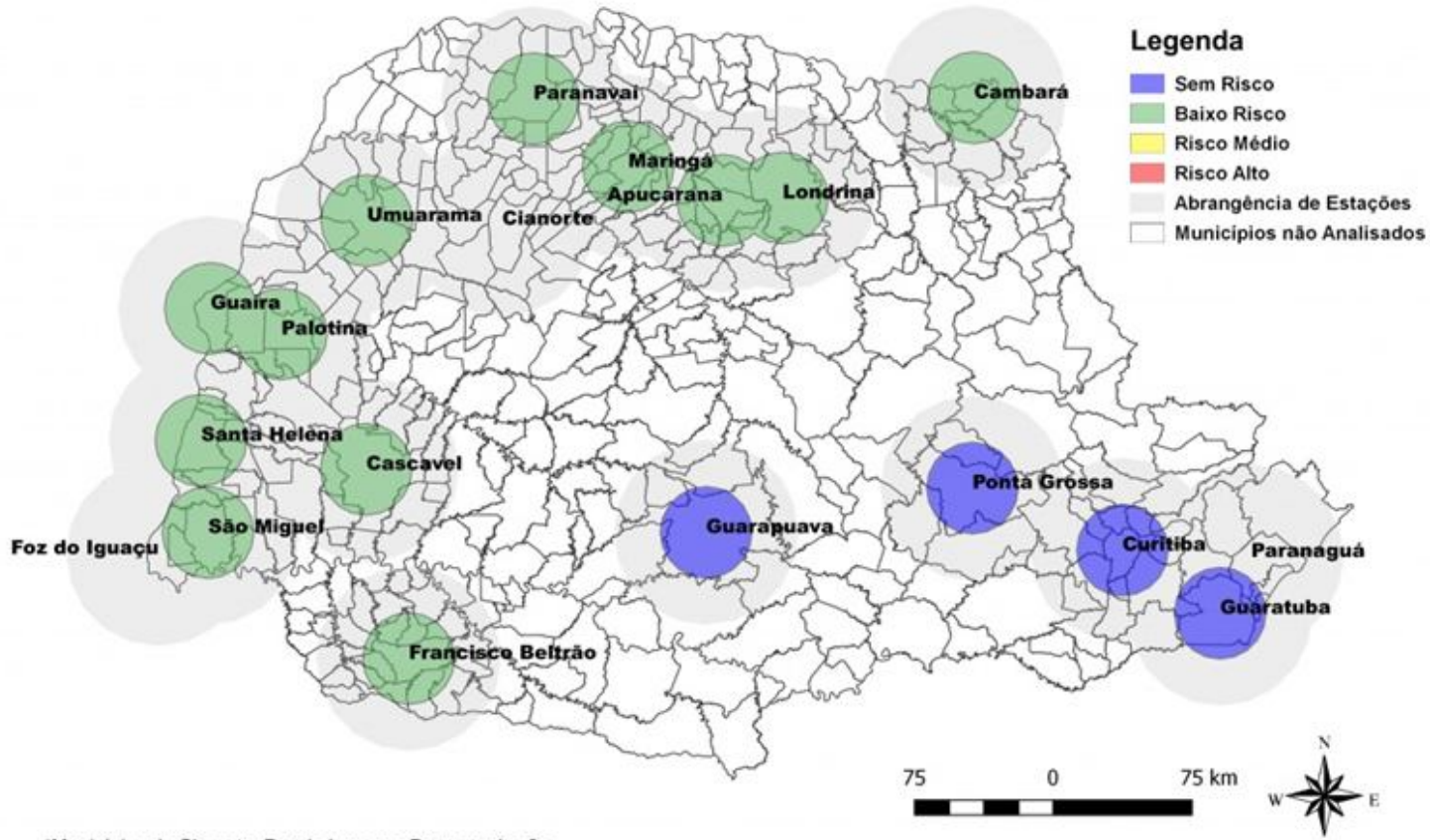
Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 35/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

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

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

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

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (26/08/2018 - 01/09/2018)



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

Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 11/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 36/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	21	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	2	2	17	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	3	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	1	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	4	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	11	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	4	0	4	111	0	0	0	0,99
10ª RS - Cascavel	540.131	0	0	0	14	0	0	0	-
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	12	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	7	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	7	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	1	0	1	62	0	0	0	0,36
15ª RS - Maringá	799.890	0	0	0	59	0	0	0	-
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	25	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	1	1	2	211	0	0	0	0,11
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	0	0	0	0	0	0	0	-
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	2	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	0	1	1	17	0	0	0	-
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	2	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**6**	**4**	**10**	**586**	**0**	**0**	**0**	**0,05**

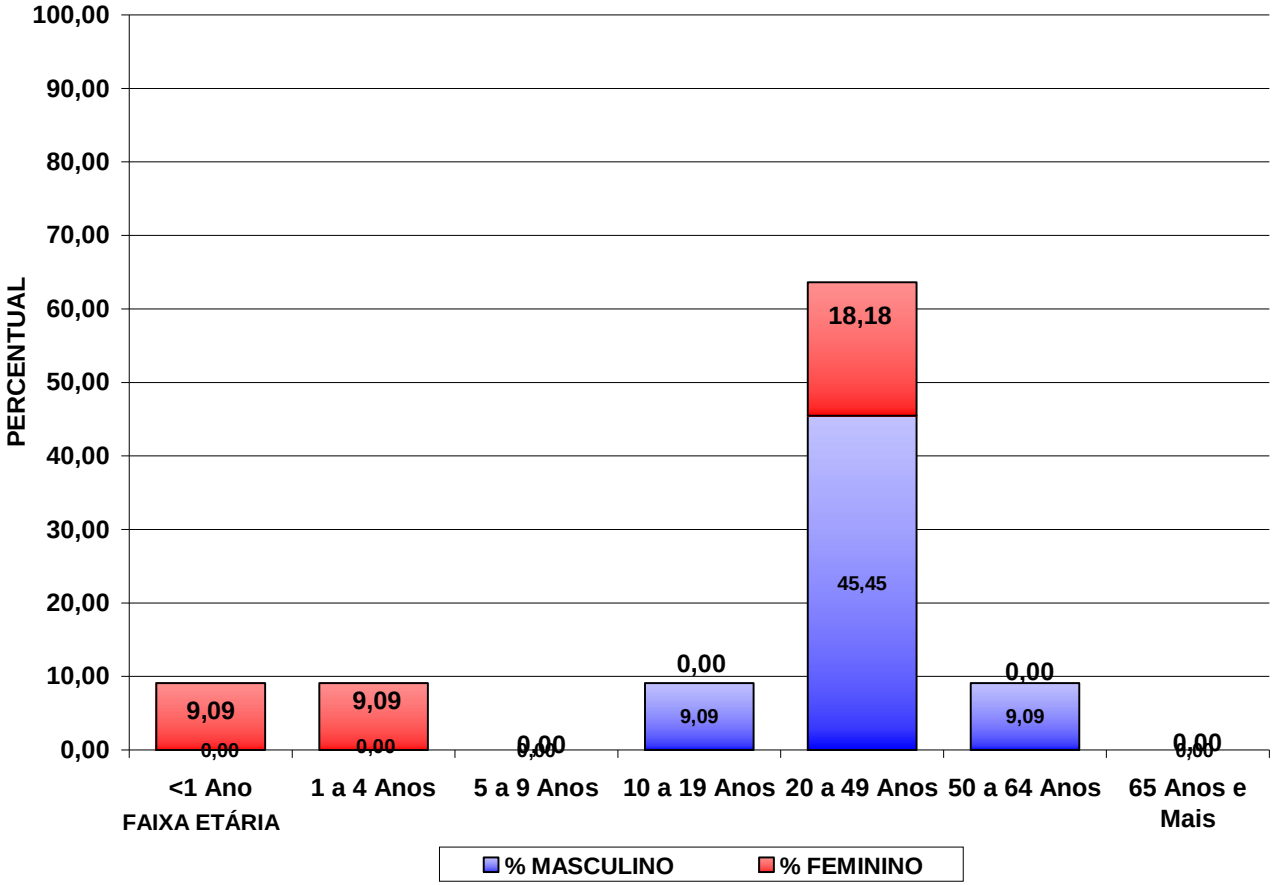
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 11/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 63,64% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 36/2018, Paraná – 2018/2019.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

A vigilância da Influenza e dos outros vírus respiratórios no Brasil é realizada pela Vigilância Sentinela, de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), e pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos. O objetivo destas vigilâncias é identificar o comportamento do vírus Influenza para tomada de decisões necessárias.

A Vigilância Sentinela é composta por uma rede de 47 unidades sentinelas (US), sendo 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, que estão distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios no Estado do Paraná. A Vigilância Sentinela de SG monitora através de amostragem de 5 casos por semana, em cada unidade sentinela, casos com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse. Enquanto as unidades sentinelas de SRAG atendem todos os casos hospitalizados em UTI com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia.

A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de oxigênio menor que 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu ao óbito por SRAG.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 35 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 01/09/2018.

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

Foram confirmados para Influenza 16,9% (605/3.586) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 17,9% (101/564) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 48,1% (1.686/3.504) para SG e de 50,7% (280/552) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 35 foram notificados 3.713 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,3% (605) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 568 óbitos notificados por SRAG, 17,8% (101) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

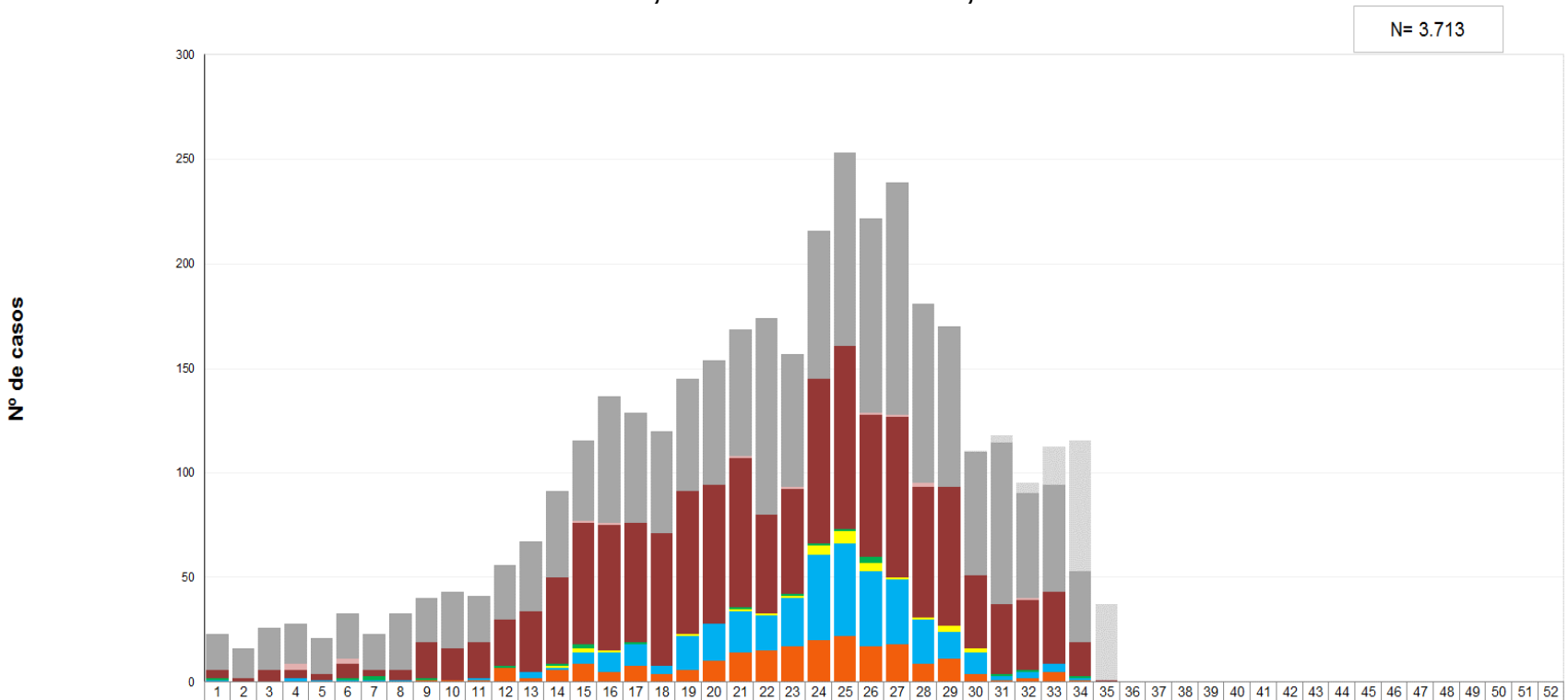
Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	605	16,3	101	17,8
Influenza A(H1N1)pdm09	216	35,7	43	42,6
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	340	56,2	55	54,5
Influenza A não subtipado	29	4,8	3	3,0
Influenza B	20	3,3	0	0,0
SRAG não especificada	1.660	44,7	353	62,1
SRAG por outros vírus respiratórios	1.307	35,2	105	18,5
SRAG por outros agentes etiológicos	14	0,4	5	0,9
Em investigação	127	3,4	4	0,7
TOTAL	**3.713**	**100**	**568**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
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	0	0	0	1	3	5	19	63	36	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	71	92	93	111	86	77	59	78	50	51	34	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	1	1	2	0	0	0	1	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	62	66	35	33	33	34	16	1	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	1	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	17	23	41	44	36	31	21	13	10	2	3	4	1	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	22	17	18	9	11	4	1	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	2	1	1	0	0	0	0	0	**3**	**1**
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Pontal do Paraná	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	61	8	160	11	10	0	4	0	**235**	**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	40	5	97	9	9	0	4	0	150	14
Fazenda Rio Grande	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperuçu	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	5	2	4	0	0	0	0	0	9	2
Piraquara	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Quitandinha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	8	0	14	1	0	0	0	0	22	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	7	1	0	0	1	0	**10**	**1**
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	12	1	0	0	0	0	**12**	**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	7	0	0	0	0	0	7	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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	14	2	20	9	0	0	5	0	**39**	**11**
Foz do Iguaçu	13	2	15	6	0	0	5	0	33	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
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	7	2	5	1	0	0	0	0	**12**	**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	5	0	3	0	0	0	0	0	8	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	8	1	1	0	0	0	**16**	**1**
Cianorte	2	0	4	1	0	0	0	0	6	1
Cidade Gaúcha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	1	0	2	0	0	0	0	0	**3**	**0**
Amaporã	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

(Continuação da página anterior)

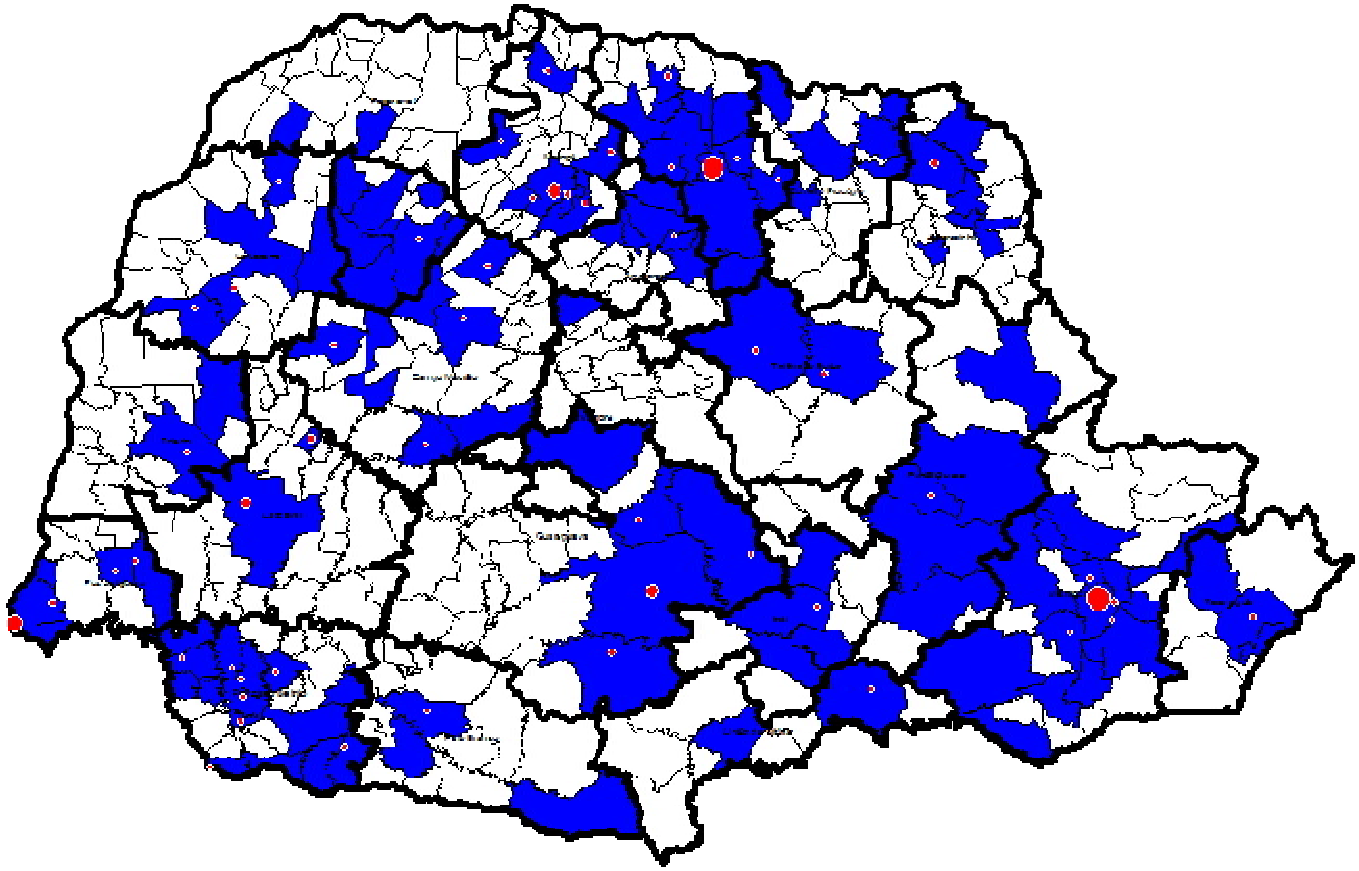
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
15. Reg. Saúde Maringá	29	10	16	3	9	1	0	0	**54**	**14**
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	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	27	8	3	1	2	0	**60**	**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	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	21	6	2	1	1	0	37	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
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	**216**	**43**	**340**	**55**	**29**	**3**	**20**	**0**	**605**	**101**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/ Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

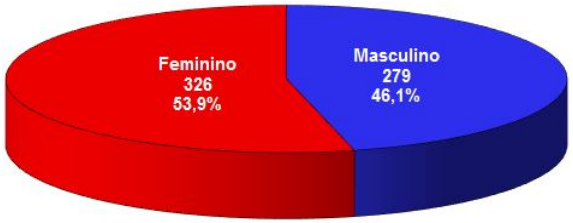
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 53,9% (326/605) dos casos e o gênero masculino 46,1% (279/605) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 35,6% (36/101) dos casos e o gênero masculino 64,4% (65/101) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 31,2% (189/605) e 61,4% (62/101) 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.

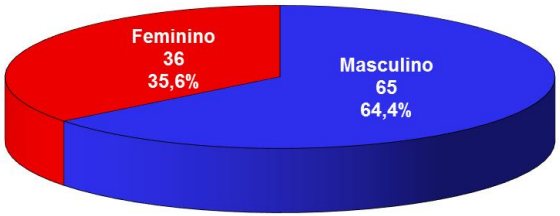
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 5 anos	30	13,9	78	22,9	5	17,2	6	30,0	119	19,7
5 a 9 anos	16	7,4	38	11,2	1	3,4	1	5,0	56	9,3
10 a 19 anos	13	6,0	24	7,1	0	0,0	2	10,0	39	6,4
20 a 29 anos	17	7,9	30	8,8	1	3,4	1	5,0	49	8
30 a 39 anos	20	9,3	22	6,5	6	20,7	4	20,0	52	8,6
40 a 49 anos	19	8,8	12	3,5	2	6,9	3	15,0	36	6,0
50 a 59 anos	46	21,3	16	4,7	2	6,9	1	5,0	65	10,7
≥ 60 anos	55	25,5	120	35,3	12	41,4	2	10,0	189	31,2
TOTAL	216	100	340	100	29	100	20	100	605	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 5 anos	0	0,0	5	9,1	0	0,0	0	0,0	5	5,0
5 a 9 anos	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
10 a 19 anos	0	0,0	3	5,5	0	0,0	0	0,0	3	3,0
20 a 29 anos	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0
30 a 39 anos	2	4,7	1	1,8	0	0,0	0	0,0	3	3,0
40 a 49 anos	6	14,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	7	6,9
50 a 59 anos	15	34,9	1	1,8	1	33,3	0	0,0	17	16,8
≥ 60 anos	16	37,2	44	80,0	2	66,7	0	0,0	62	61,4
TOTAL	43	100,0	55	100,0	3	100,0	0	0	101	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,7% (440/605) 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 87,1% (88/101) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 27,7% (28/101) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 75,5% (954/1.264) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, diabetes mellitus e pneumopatias.

No Paraná dos 77,2% (78/101) 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 1.264 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 984 (77,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias.

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

Casos por Influenza (N=605)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**440**	**72,7**	**171**	**38,9**
Adultos ≥ 60 anos	189	31,2	88	46,6
Pneumopatias crônicas	123	20,3	56	45,5
Crianças < 5 anos	119	19,7	35	29,4
Doença cardiovascular crônica	103	17,0	52	50,5
Diabetes mellitus	56	9,3	27	48,2
Gestantes	45	7,4	21	46,7
Doença neurológica crônica	38	6,3	19	50,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	29	4,8	9	31,0
Doença renal crônica	29	4,8	15	51,7
Obesidade	20	3,3	9	45,0
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	**445**	**73,6**		
Vacinados	**195**	**32,2**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, 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=101)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**88**	**87,1**	**28**	**31,8**
Adultos ≥ 60 anos	62	61,4	23	37,1
Pneumopatias crônicas	40	39,6	14	35,0
Doença cardiovascular crônica	37	36,6	13	35,1
Diabetes mellitus	22	21,8	9	40,9
Doença neurológica crônica	19	18,8	10	52,6
Doença renal crônica	16	15,8	9	56,3
Imunodeficiência/Imunodepressão	7	6,9	1	14,3
Obesidade	6	5,9	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	**78**	**77,2**		
Vacinados	**28**	**27,7**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

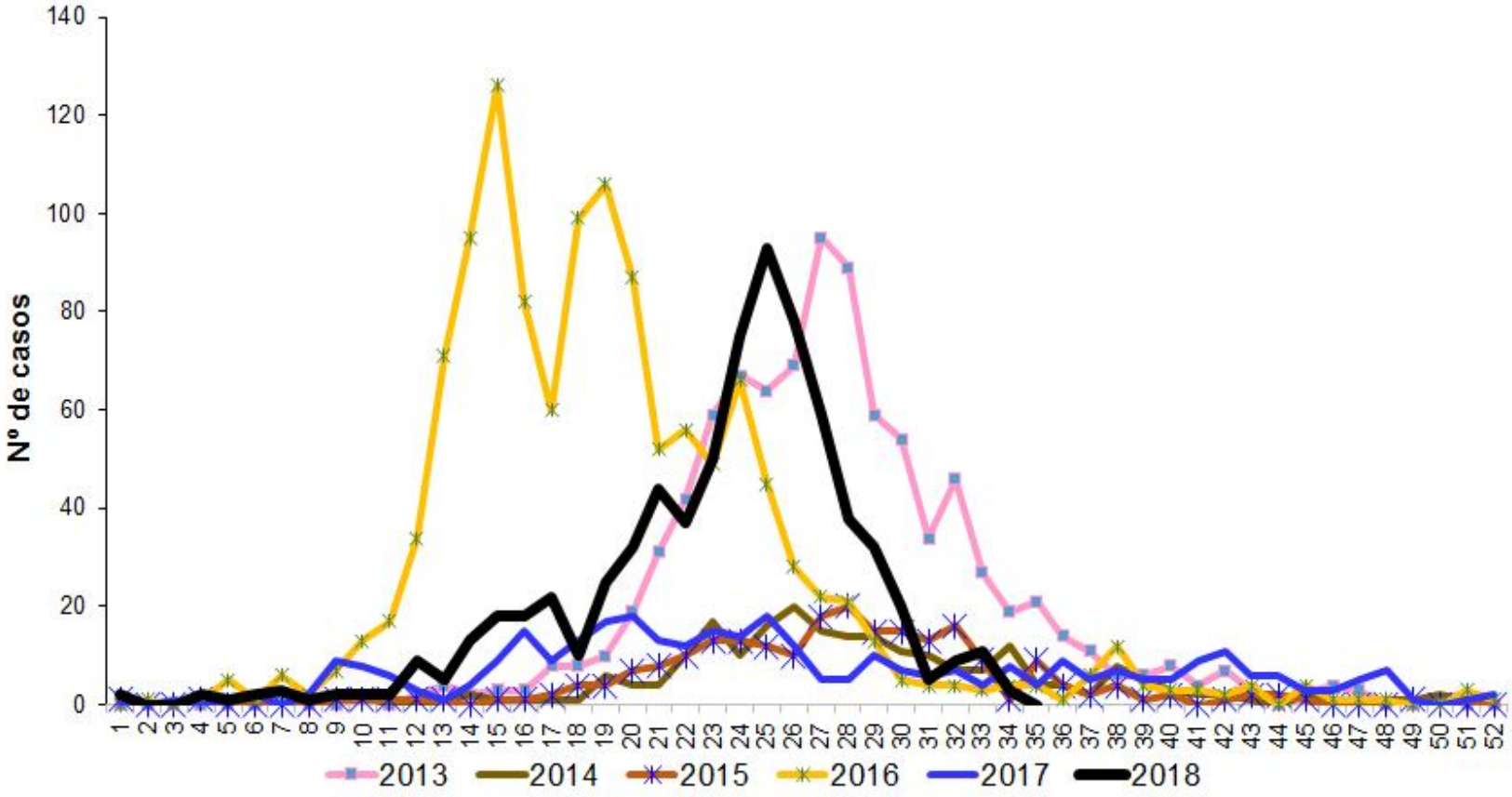
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Comparando os anos de 2013 a 2018 dos casos de SRAG por Influenza, fica evidente uma mudança da sazonalidade a partir do ano de 2016, configurando uma antecipação da sazonalidade no Estado em relação aos anos anteriores (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Casos de SRAG por Influenza segundo a semana de início dos sintomas, residentes no Paraná, 2013 a 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1.087/1.223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 56,2% (340/605) dos casos e, ocorrência de 54,5% (55/101) 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	216	43
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	340	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	20	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	605	101

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, 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 35 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.729 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.504 amostras.

Das amostras processadas, 48,1% (1.686/3.504) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 685 (19,1%) foram positivas para Influenza e 1.015 (29,0%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 192 (28,0%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 371 (54,2%) de Influenza A(H3) Sazonal, 31 (4,5%) de Influenza A (não subtipado) e 91 (13,3%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 508 (50,0%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

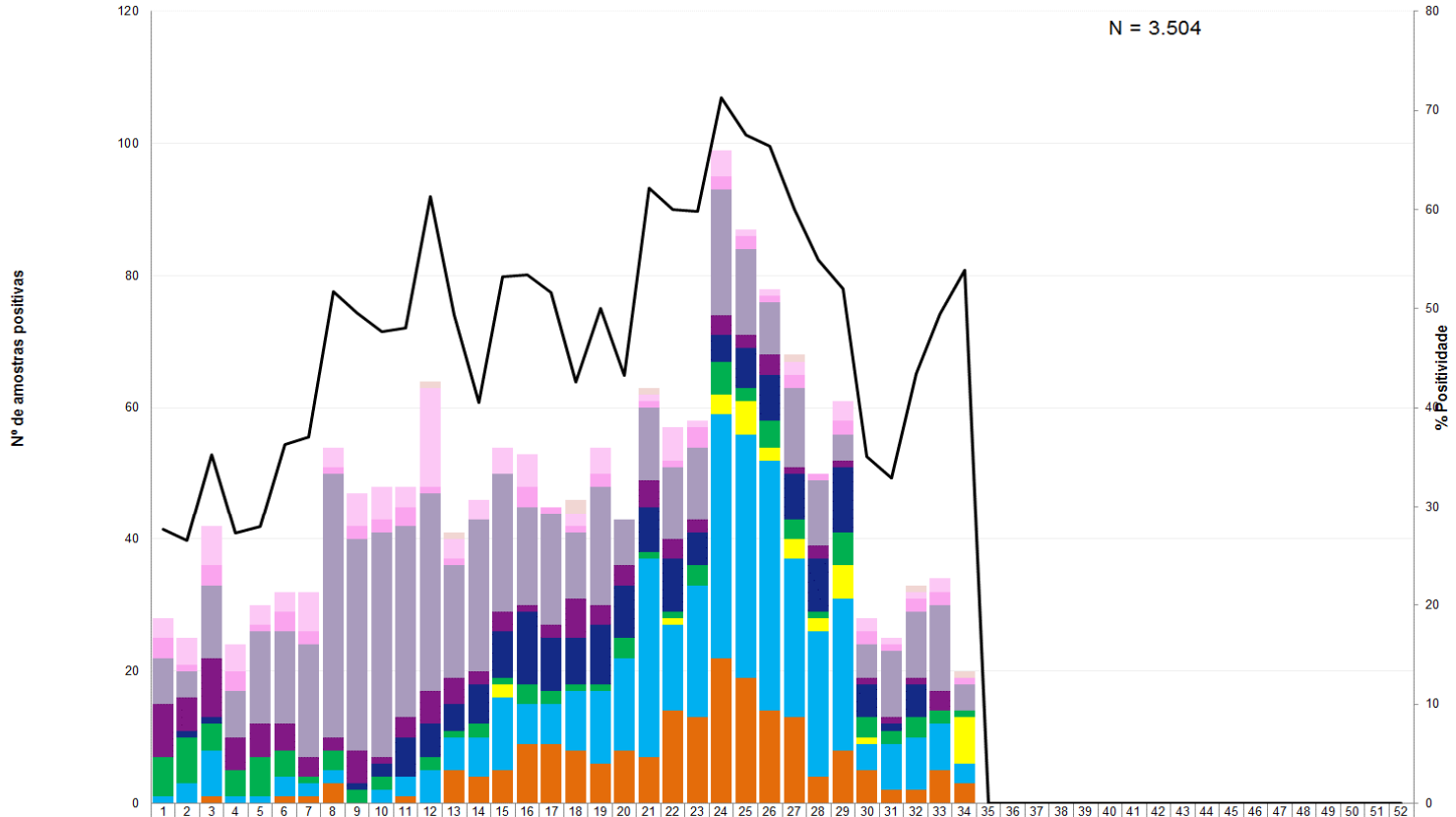
Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	19	9,9	24	6,5	3	17,6	2	2,2	48	7,2	512	13,7
5 a 9 anos	19	9,9	25	6,7	3	17,6	11	12,1	58	8,6	187	5,0
10 a 19 anos	22	11,5	83	22,4	1	5,9	22	24,2	128	19,1	513	13,8
20 a 29 anos	40	20,8	83	22,4	3	17,6	20	22,0	146	21,8	792	21,2
30 a 39 anos	33	17,2	63	17,0	1	5,9	16	17,6	113	16,8	556	14,9
40 a 49 anos	22	11,5	35	9,4	0	0,0	11	12,1	68	10,1	396	10,6
50 a 59 anos	14	7,3	25	6,7	6	35,3	5	5,5	50	7,5	333	8,9
≥ 60 anos	23	12,0	33	8,9	0	0,0	4	4,4	60	8,9	440	11,8
TOTAL	192	100,0	371	100	17	100,0	91	100	671	100	3.729	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



	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	1	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	4	1	1	2	0	3	2	1	1	2	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	2	2	1	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	23	21	15	17	10	18	7	11	11	11	19	13	8	12	10	4	5	10	10	13	4	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	1	2	1	1	1	1	3	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	5	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	1	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	7	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	23	4	7	8	7	3	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	14	13	22	19	14	13	4	8	5	2	2	5	3	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	41	53	53	52	43	50	43	62	60	60	71	67	66	60	55	52	35	33	43	49	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

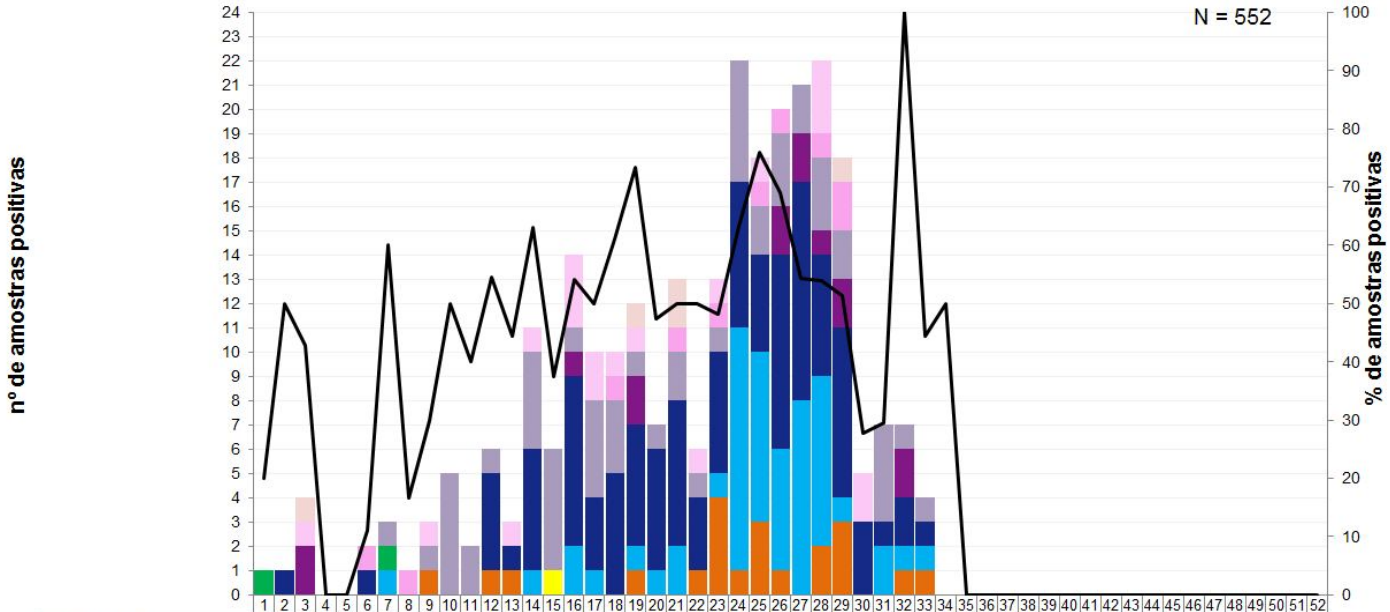
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 612 coletas, sendo 552 (90,2%) processadas. Dentre estas, 280 (50,7%) 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: 97 (47,8%) de VRS, 14 (6,9%) de Parainfluenza, 56 (27,6%) de Rinovírus, 19 (9,4%) de Metapneumovírus, 10 (4,9%) 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	1	1	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	0	1	0	0	2	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	2	1	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	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
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	69	54	53	51	27	29	10	44	50	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 04/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/09/2018
Fonte da informação: Centro de Epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 36/2018

(02/09/2018 a 08/09/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCORPIÃO

Local de ocorrência: Pernambuco
Data da informação: 05/09/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em seis dias, quatro crianças deram entrada no Hospital da Restauração (HR), no Derby, na área central do Recife, depois de serem picadas por escorpiões. Um dos pacientes morreu, dois estão em tratamento e um teve alta médica.

Segundo a unidade de saúde, a série de internações ocorreu entre a sexta-feira (31/08) e quarta-feira (5/09). O HR informou, por meio da assessoria de comunicação, que o primeiro caso da série foi registrado às 20h46 da sexta-feira. Morador do Recife, um menino de 2 anos deu entrada depois de ser picado pelo animal e morreu no sábado (1º).

Na quarta (5/09), um menino de 5 anos, também morador da capital pernambucana, foi levado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após ser picado por um escorpião quando estava em casa, na área central da cidade.

A criança, segundo o registro feito no HR, estava calçando um sapato quando ocorreu o acidente com o animal. O menino, de acordo com o HR, tem quadro clínico considerado estável.

Também está em tratamento uma outra criança, que foi levada para uma ala da pediatria para ficar em observação. Na quarta (5/09), de acordo com o hospital, outra criança apresentou melhoras no quadro de saúde e foi liberada para ir para casa. O HR não informou o dia em que esse dois últimos pacientes chegaram à unidade.

Em janeiro deste ano, uma criança de 3 anos morreu depois de ser picada por um escorpião. O caso foi registrado em Jaboatão dos Guararapes, no Grande Recife.

No primeiro semestre deste ano, o Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (Ceatox-PE) registrou um aumento nos atendimentos em casos de acidentes com animais peçonhentos, em relação ao mesmo período de 2017. Segundo a unidade de referência, o número de ataques com escorpiões subiu 10,4%.

O Ceatox informa que no primeiro semestre deste ano foram 674 notificações, contra 610 no mesmo período de 2017. As principais vítimas também são crianças de 1 a 4 anos, com 145 ocorrências, em 2018.

Em casos de acidentes, o centro alerta para a necessidade de lavar o local atingido apenas com água e sabão. Caso a vítima tenha até 12 anos, que tem risco de morte, pode haver indicação do uso do soro.

A aplicação do produto não é obrigatória, segundo a Secretaria Estadual de Saúde. A utilização será decidida pelo médico responsável pelo atendimento.

No Estado, o soro antiescorpiônico está disponível no Hospital da Restauração (Recife), Hospital Jaboatão-Prazeres (Jaboatão dos Guararapes) e Hospital João Murilo (Vitória de Santo Antão).

No interior, nos hospitais regionais de Limoeiro, Palmares, Garanhuns, Arcoverde, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Salgueiro, Ouricuri e Petrolina, além do Hospital Mestre Vitalino, em Caruaru.

A população precisa ficar atenta ao acúmulo de entulhos e lixo perto de casa, tapar buracos e frestas existentes, limpar constantemente ralos de banheiros, além de evitar a presença de baratas e outros insetos, principais presas do escorpião.

Crianças deram entrada no Hospital da Restauração, no Recife, após serem picadas por escorpiões (Foto: Semus/Divulgação)

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Em Roraima, até o dia 03/09, foram notificados 472 casos suspeitos de sarampo, sendo 273 no município de Boa Vista, 81 em Amajarí, 56 em Pacaraima, 14 em Cantá, 15 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 (14), Ciudad Bolivar (01 caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso).

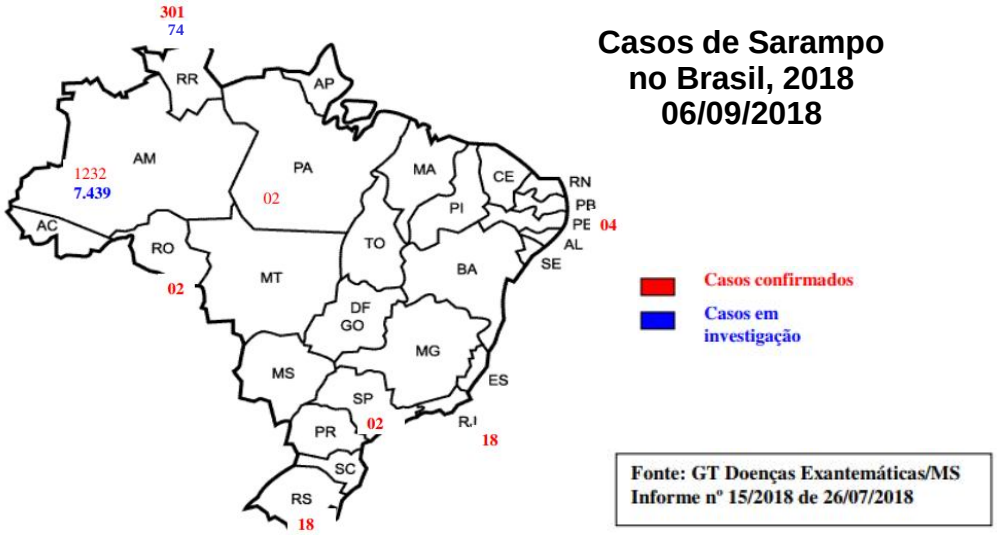
Do total de casos notificados, 97 foram descartados, 301 foram confirmados e 74 estão em investigação. Em relação aos 301 casos confirmados, 199(66,1 %) são venezuelanos, 100 (33,2%) são brasileiros, 01 (0,3%) caso é procedente da Guiana e 01 (0,3%) da Argentina. A faixa etária mais acometida pela doença em brasileiros foi de seis meses a 4 anos de idade, representando 55(55%) 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 (47,5%) são indígenas. Do total de casos que permanecem em investigação, 54 são brasileiros e 20 venezuelanos. Em relação a faixa etária dos casos em investigação, a população brasileira de seis meses a 4 anos de idade representa 28 (51,9%) casos, e na população venezuelana, a faixa etária de 6 meses a 4 anos representa 15 (75%) casos. E ainda entre os casos em investigação, 4 (5,4 %) são indígenas.

No Estado do Amazonas, os últimos casos confirmados de sarampo foram registrados no ano de 2000. Contudo, no período de 06 de fevereiro a 03 de setembro de 2018, foram notificados 9.196 casos, e destes 1.232 (13,4%) foram confirmados, 525 (5,7%) descartados e 7.439 (80,9%) 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 9.196 casos notificados de sarampo, 7.439 foram notificados em Manaus e 971 em Manacapuru, totalizando 91,5% dos casos. Os outros 786 casos notificados estão distribuídos em 44 municípios do Estado.

Considerando as características sociodemográficas dos 9.196 casos notificados, todos são brasileiros e 5.133 (55,8%) 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 4.304 (46,8%) casos. Dos 1.232 casos confirmados, 666 (54,1%) são do sexo masculino e a faixa etária com maior concentração de casos está nos menores de 5 anos, com 506 (41,1%) casos. Em relação aos 7.439 casos que permanecem em investigação, 4.180 (56,2%) são do sexo masculino, estando o maior número de casos concentrados na população de 15 a 29 anos de idade, representando 3.719 (49,9%) 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 Grande do Sul, 18 casos no Rio de Janeiro e quatro casos em Pernambuco, e no Pará, São Paulo e Rondônia houve confirmação de dois casos em cada estado, totalizando 1.579 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.



SETEMBRO AMARELO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 10/09/2018
Fonte da informação: bemparana.com.br (fonte informal)

Fonte: google.com.br

Comentários:

No Brasil, há um suicídio a cada 45 minutos. Os dados mundiais indicam que ocorre uma tentativa a cada três segundos e um suicídio a cada 40 segundos. No total, chega-se a 1 milhão de suicídios no mundo. Provocar o fim da própria vida está entre as principais causas das mortes entre jovens, de 15 a 29 anos, e também de crianças e adolescentes.

No esforço para mudar esses números, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que a data de 10 de Setembro é o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. Há quatro anos a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), promove a campanha nacional Setembro Amarelo.

À Agência Brasil, o presidente eleito da Associação Psiquiátrica da América Latina (Apal) e superintendente técnico da ABP, Antônio Geraldo da Silva, destacou a importância da campanha para prevenção e conscientização.

Crianças e jovens

Pelos dados da OMS, o suicídio é a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. É também a sétima causa de morte de crianças entre 10 e 14 anos de idade. O caminho, segundo Silva, é adotar medidas preventivas de ajuda e auxílio.

Segundo o psiquiatra, em geral, a maior parte das pessoas que tenta colocar fim à vida sofre de algum tipo de transtorno mental.

Redes sociais

A Associação Psiquiátrica da América Latina (Apal) pretende lançar campanhas nas redes sociais ao longo deste mês para alertar sobre suicídio e oferecer apoio e ajuda. Antônio Geraldo da Silva disse que os especialistas devem abordar o assunto e buscar mais informações com psiquiatras.

A ABP quer levar isso para a população. “A ABP quer popularizar. Nós estamos levando isso para as escolas, empresas e instituições”, afirmou o médico. “O que entristece os membros da ABP é ver que as pessoas querem abordar o assunto, mas negando a doença mental, que a depressão ou a esquizofrenia existam.”

O médico acrescentou: “Se a gente negar que a doença mental existe, como vai falar de suicídio, sabendo que 100% de quem suicida têm doença mental?”. “É uma doença como outra qualquer. Não escolhe raça, cor, nada”.

Drogas

O psiquiatra Jorge Jaber, membro fundador e associado da International Society of Addiction Medicine, especialista no tratamento de dependentes químicos, ressaltou que o uso de álcool e drogas é o segundo fator depois das doenças psiquiátricas, como ansiedade e depressão, que leva ao aumento de suicídios.

Segundo ele, o suicídio é a causa de morte mais facilmente evitável entre todas as doenças. “Enquanto doenças infecciosas, cardiovasculares e tumores precisam de grande aporte médico e cirúrgico de alto custo, o impedimento médico do suicídio pode ser atingido com remédios bem mais baratos e somente conversando com o paciente.”

Para Jaber, o fundamental é dar atenção e escutar aquele que pensa em cometer o suicídio. “O fato de alguém que tenta suicídio ser escutado por cerca de 20 minutos pode impedir que ele tenha o impulso de cometer o ato. Ouvir o suicida salva a vida dele”.

Na clínica onde atende dependentes químicos, Jaber informou que pelo menos 20% dos pacientes internados tentaram suicídio. “Quanto mais as pessoas falarem sobre o suicídio, menos suicídios ocorrerão” disse.

DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Setembro/2018
Fonte da informação: Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde

Comentários:

Dengue

Em 2018, até a SE 34, a região Centro-Oeste apresentou o maior número de casos prováveis (72.000 casos; 36,2%) em relação ao total do país. Em seguida aparecem as regiões Sudeste (56.877 casos; 28,6%), Nordeste (56.011 casos; 28,2%), Norte (11.901 casos; 6,0%) e Sul (1.995 casos; 1,0%).

Febre de chikungunya

Em 2018, até a SE 34 a região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis de febre de chikungunya (42.933 casos; 59,5%) em relação ao total do país. Em seguida aparecem as regiões Centro-Oeste (13.526 casos; 18,8%), Nordeste (9.698 casos; 13,4%), Norte (5.731 casos; 7,9%) e Sul (229 casos; 0,3%).

Doença aguda pelo vírus Zika

Em 2018, até a SE 34, foram registrados 7.071 casos prováveis de doença pelo vírus Zika no país, com taxa de incidência de 3,4 casos/100 mil hab.; destes, 2.931 (41,5%) foram confirmados. A região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis (2.593 casos; 36,7%) em relação ao total do país. Em seguida aparecem as regiões Nordeste (2.014 casos; 28,5%), Centro-Oeste (1.605 casos; 22,7%), Norte (827 casos; 11,7%) e Sul (32 casos; 0,5%).

Casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2017 e 2018

Número de casos prováveis e incidência de dengue (/100mil hab.), até a Semana Epidemiológica 34, região Sul, Brasil, 2017 e 2018

Região/Unidade da Federação	Casos prováveis (n)		Incidência (/100 mil hab.)	
	2017	2018	2017	2018
Sul	1.668	1.995	5,6	6,7
Paraná	1.419	1.680	12,5	14,8
Santa Catarina	128	207	1,8	3,0
Rio Grande do Sul	121	108	1,1	1,0

DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA

Local de ocorrência: Santa Catarina
Data da informação: 10/09/2018
Fonte da informação: dc.clicrbs.com.br (fonte informal)

Fonte: google.com.br

Comentários:

Santa Catarina alcançou número recorde de municípios infestados pelo *Aedes aegypti*: 74. Nas duas últimas semanas Palhoça passou a fazer parte da lista de cidades nesta condição. Em relação ao mesmo período do ano passado, houve um incremento de 21,3% no número de municípios infestados pelo mosquito que transmite dengue, zika e chikungunya, já que na época 61 faziam parte do grupo.

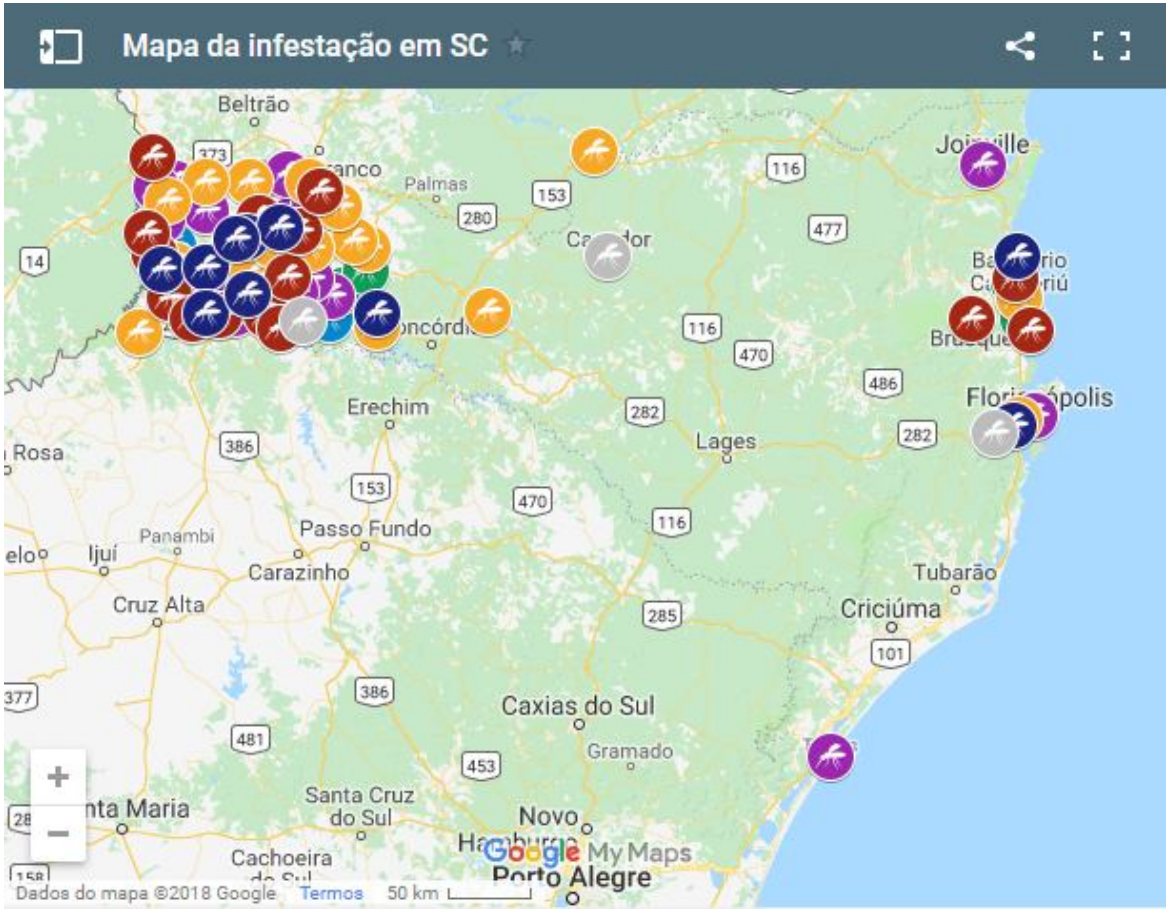
Os dados são do boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Dive-SC), que também mostra que subiu o número de casos de dengue no Estado. De 51 passou para 53 nas últimas semanas. A maioria dos casos (33) foram contraídos dentro de SC, sendo 26 em Itapema, seis em Balneário Camboriú e um em Camboriú.

Febre de chikungunya e zika

Os números de casos de chikungunya e zika vírus não sofreram alteração em comparação ao último boletim. Até o momento, foram confirmados 13 casos de febre chikungunya em Santa Catarina, sendo que três deles foram contraídos dentro do Estado (dois em Cunha Porã e um em São Miguel do Oeste). No mesmo período de 2017, foram 31 casos importados (contraídos fora do Estado) e nenhum caso autóctone (dentro do Estado).

Já em relação ao zika vírus, um caso importado foi confirmado em um morador de Piratuba, no Meio-Oeste, que teria contraído a doença no Mato Grosso.

Até o dia 1º de setembro foram identificados 12.381 focos do mosquito *Aedes aegypti* em 153 municípios. Comparado ao mesmo período de 2017, quando foram identificados 8.488 focos em 139 municípios, houve um aumento de 45,9%.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Mato Grosso

Data da informação: 07/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Cuiabá e Várzea Grande concentram 58% das mortes por influenza em todo o Estado. Dados divulgados dia 06 de setembro pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde (SES) apontam que neste ano, das 76 mortes notificadas por influenza, 12 foram confirmadas, sendo 7 em Cuiabá e Várzea Grande.

No boletim anterior, de 24 de agosto, eram 338 notificações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) passando para 345 casos. Dos quatros óbitos que estavam em investigação, 2 foram descartados. No entanto, aumentaram em mais 4 os casos confirmados por influenza. Em Campo Novo do Parecis 2 casos que estavam em investigação foram confirmados, um por influenza B e um por H1N1. Um por influenza A não subtipado em Barra do Garças e um por H1N1 em Sinop.

Segundo a SES, dos 345 casos internados por SRAG, 22,3% tiveram resultados positivos para influenza A e B. Em Mato Grosso, a sazonalidade começou com a circulação do vírus Influenza A H3N2 em seguida com predomínio do vírus da Influenza A H1N1. Foram notificados 76 óbitos por SRAG, o que corresponde a 22% (76/345) do total de casos suspeitos, sendo confirmados 15,8% (12/76) óbitos por influenza. As mortes ocorreram em Cuiabá, sendo 2 registros por H3N2 e vírus Influenza A não subtipado, um em Nova Mutum (Influenza B), um em Lucas do Rio Verde (H3N2), 2 em Sorriso (H1N1), um em Tangará da Serra (Influenza B) e 5 em Várzea Grande, sendo 2 por H1N1, um por Influenza A não subtipado e um por Influenza B.

A SES informa que tem trabalhado constantemente junto às secretarias municipais de saúde, no que se refere a orientação da população para evitar a transmissão do vírus. Um indivíduo infectado pode transmitir o vírus no período compreendido entre 2 dias antes do início dos sintomas até 5 dias após. A transmissão mais comum é a direta (pessoa a pessoa), por meio de gotículas expelidas pelo indivíduo infectado ao falar, tossir e espirrar. Pode-se transmitir a doença pelo modo indireto também, por meio do contato com as secreções do doente.

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 06/09/2018

Fonte da informação: eurekalert.org (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A leishmaniose parasitária é transmitida para os seres humanos através das picadas de flebotomíneos e é endêmica em vários países, inclusive no Brasil. Apesar dos esforços de controle, a incidência de leishmaniose visceral - a forma mais grave da doença - aumentou no Brasil entre 1990 e 2016, os pesquisadores relataram em PLOS Neglected Tropical Diseases.

A leishmaniose pode ser classificada em duas formas clínicas – visceral (LV) e tegumentar, que engloba tanto a leishmaniose cutânea quanto mucocutânea (LMC). A Organização Mundial da Saúde estima que existam 400.000 novos casos de LV e 1 milhão de novos casos de LMC em todo o mundo a cada ano. Nas Américas, 96% dos casos ocorrem no Brasil, onde a taxa de letalidade da LV é de 7,4%.

No novo trabalho, Juliana Bezerra, da Universidade Federal de Minas Gerais, analisou a carga de LV e LMC usando dados do estudo Global Burden of Disease (GBD). Desde 1990, o GBD quantificou e comparou a magnitude da perda de saúde devido a doenças em todo o mundo. Os pesquisadores confiaram nos dados do GBD para o Brasil e todas as suas 27 unidades federadas.

No geral, a taxa de leishmaniose padronizada por idade no Brasil diminuiu 48,5% de 1990 a 2016, e os anos de vida ajustados por incapacidade - uma medida de perda de saúde - aumentaram em 83,6%. No entanto, essa diminuição foi principalmente devido a uma queda na taxa de LMC; a taxa de incidência de LV aumentou 52,9% durante o mesmo período, e um aumento ainda maior foi observado em crianças com menos de um ano de idade. Além disso, diferentes regiões do Brasil viram diferentes cargas de doença, com taxas aumentando no Nordeste e Sudeste, mas diminuindo nos estados do norte.

"Compreender a carga dessas doenças e suas diferenças regionais é de grande relevância para o estabelecimento de medidas de vigilância e controle adequadas e específicas da região", afirmam os autores. Além disso, pode ajudar no uso racional dos recursos disponíveis e na tomada de decisão com o objetivo de reduzir a transmissão do parasita e o ônus desta doença incapacitante e potencialmente letal".

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG.

A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento pela doença. Atualmente estão ativas 247 Unidades Sentinelas, 137 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos.

A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web.

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 35 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 01/09/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 29,5% (3.730/12.627) para SG e de 39,9% (856/2.146) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 26,9% (6.220/23.132) 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, 30,2% (1.264/4.190) 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: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

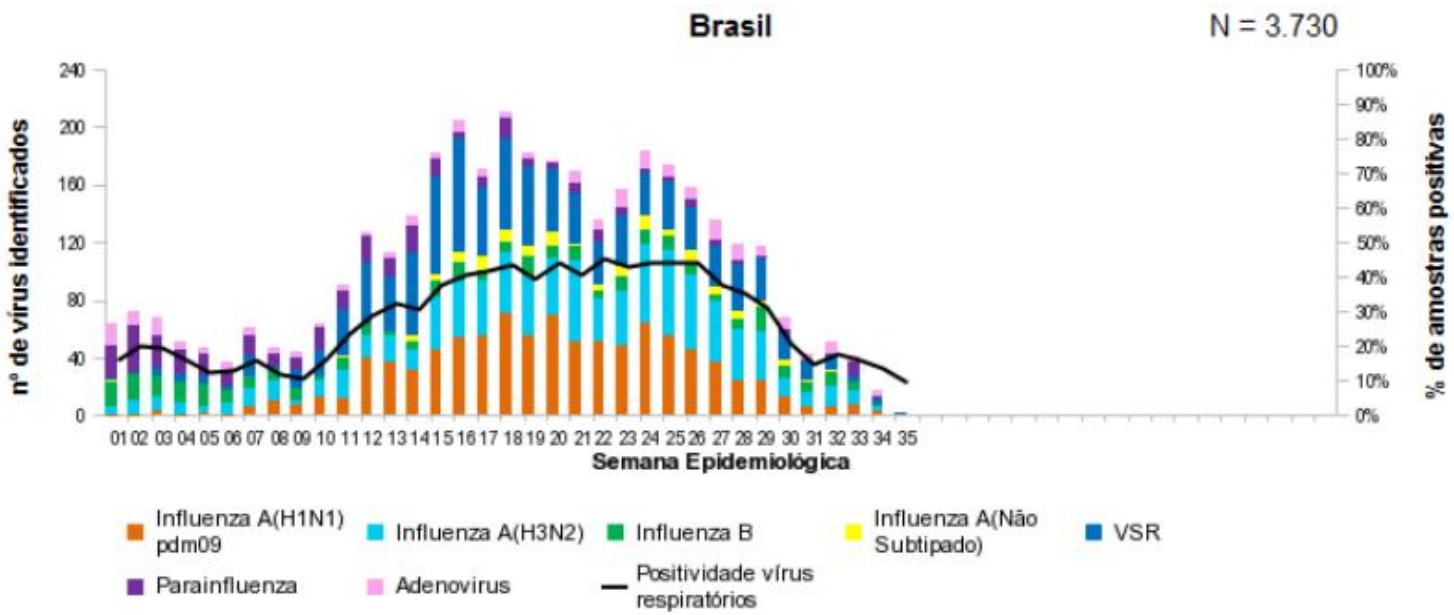
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 35 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 14.822 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 12.627 (85,2%) possuem resultados inseridos no sistema e 29,5% (3.730/12.627) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.230 (59,8%) foram positivos para influenza e 1.500 (40,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 963 (43,2%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 315 (14,1%) de influenza B, 113 (5,1%) de influenza A não subtipado e 839 (37,6%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 929 (61,9%) 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 35.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

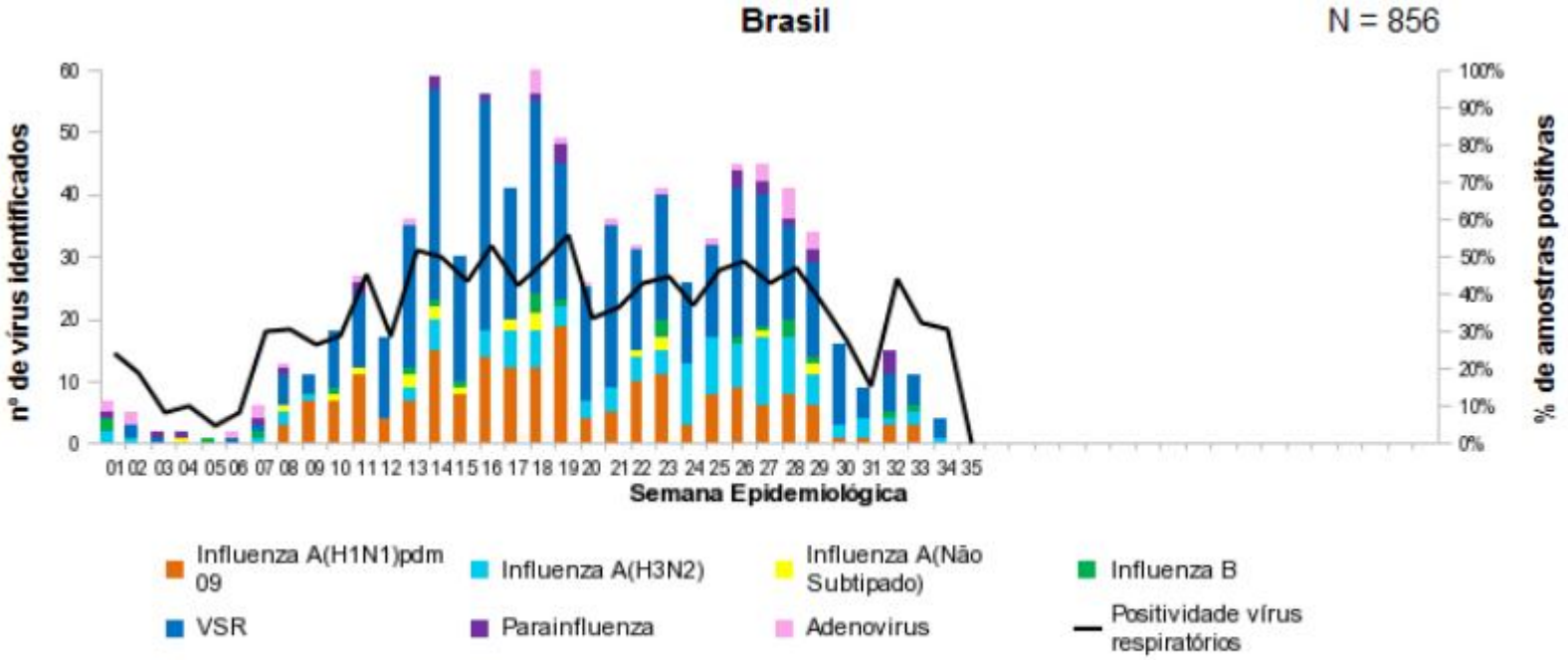
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.522 coletas, sendo 2.146 (85,1%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 856 (39,9%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 348 (40,7%) para influenza e 508 (59,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 197 (56,6%) para influenza A(H1N1)pdm09, 20 (5,7%) para influenza A não subtipado, 23 (6,6%) para influenza B e 108 (31,0%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 450 (88,6%) 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 35.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

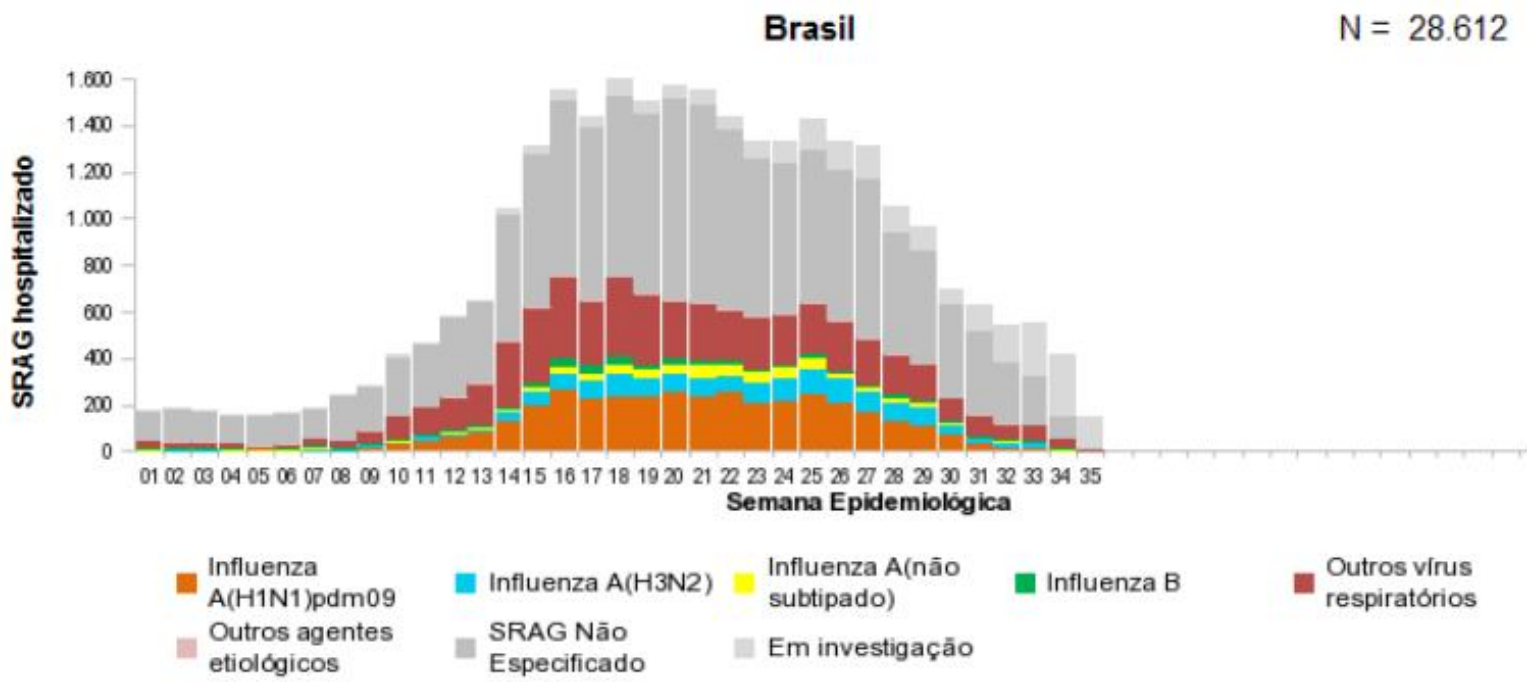
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 35 de 2018 foram notificados 28.612 casos de SRAG, sendo 23.132 (80,8%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 26,9% (6.220/23.132) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,2% (5.129/23.132) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.703 (59,5%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 620 (10,0%) influenza A não subtipado, 425 (6,8%) influenza B e 1.472 (23,7%) 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 46,5% (2.890/6.220).

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 35.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

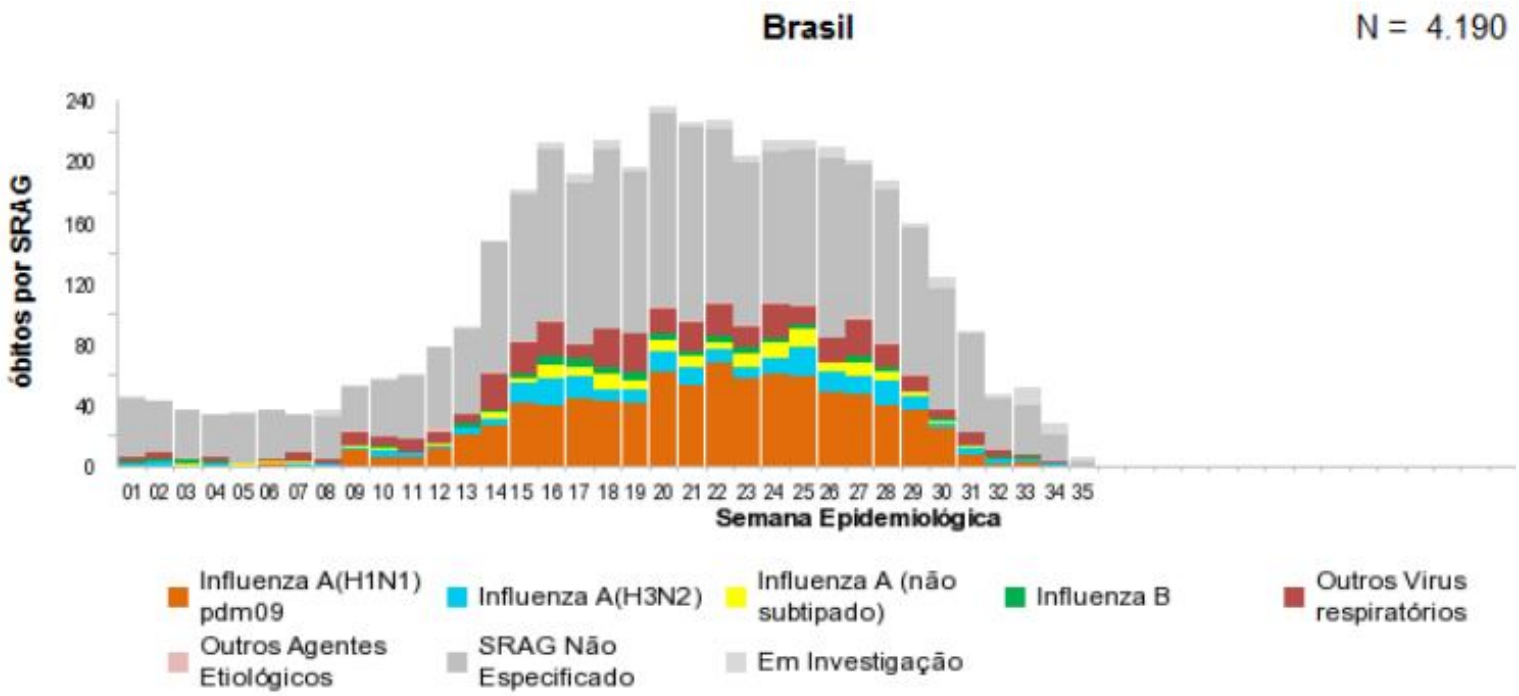
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 35 de 2018 foram notificados 4.190 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,6% (4.190/28.612) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.264 (30,2%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 845 (66,9%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 125 (9,9%) influenza A não subtipado, 67 (5,3%) por influenza B e 227 (18,0%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,2% (533/1.264), 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 35.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 03/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,60/100.000 habitantes. Dos 1.264 indivíduos que foram a óbito por influenza, 954 (75,5%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus . Além disso, 984 (77,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

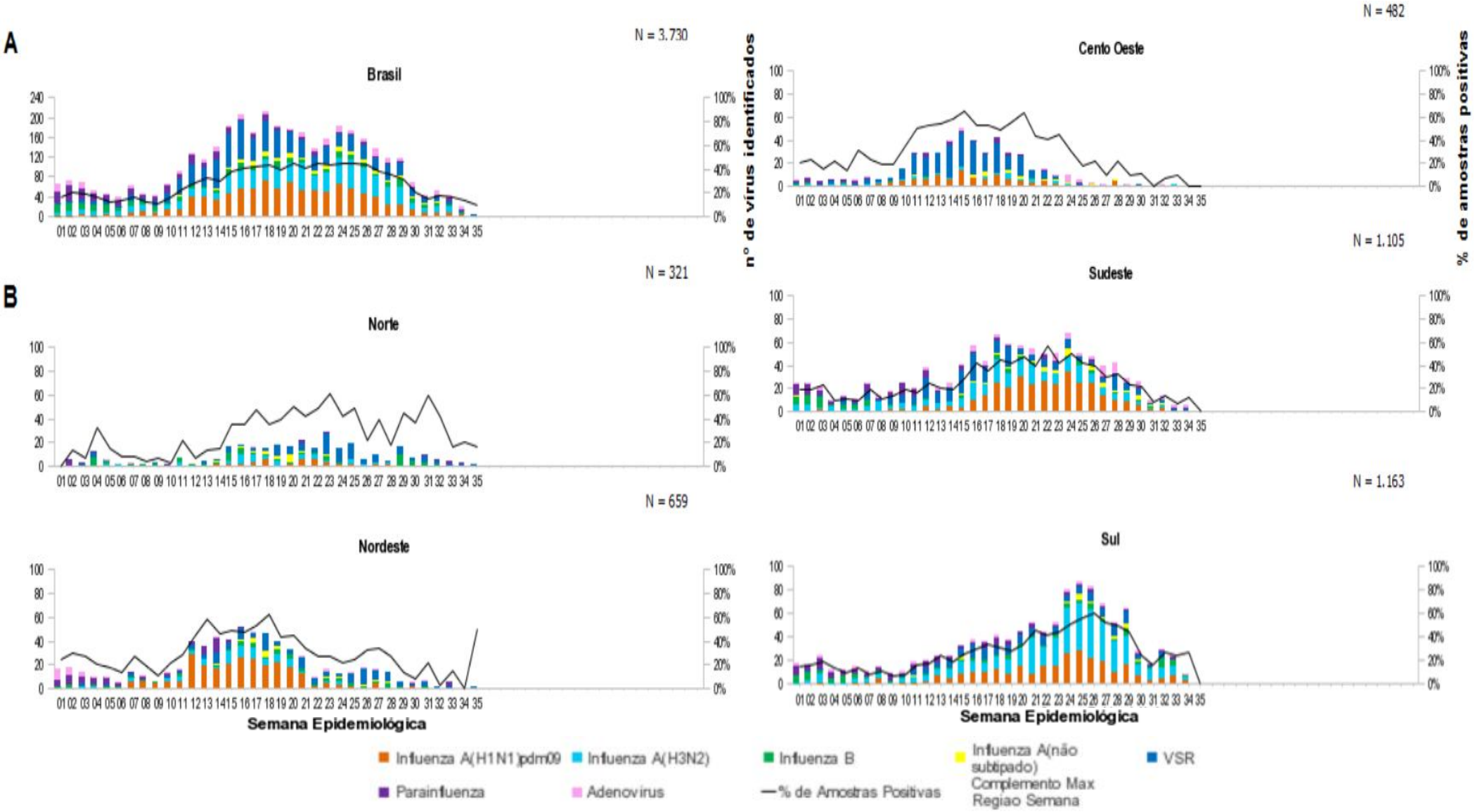
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 35.

Óbitos por Influenza (N = 1.264)	n	%
Com Fatores de Risco	**954**	**75,5%**
Adultos ≥ 60 anos	531	55,7%
Doença cardiovascular crônica	306	32,1%
Pneumopatias crônicas	229	24,0%
Diabete mellitus	225	23,6%
Obesidade	138	14,5%
Doença Neurológica crônica	99	10,4%
Doença Renal Crônica	93	9,7%
Imunodeficiência/Imunodepressão	81	8,5%
Gestante	15	1,6%
Doença Hepática crônica	25	2,6%
Criança < 5 anos	85	8,9%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	2	0,2%
Síndrome de Down	11	1,2%
Que utilizaram antiviral	**984**	**77,8%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 35.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

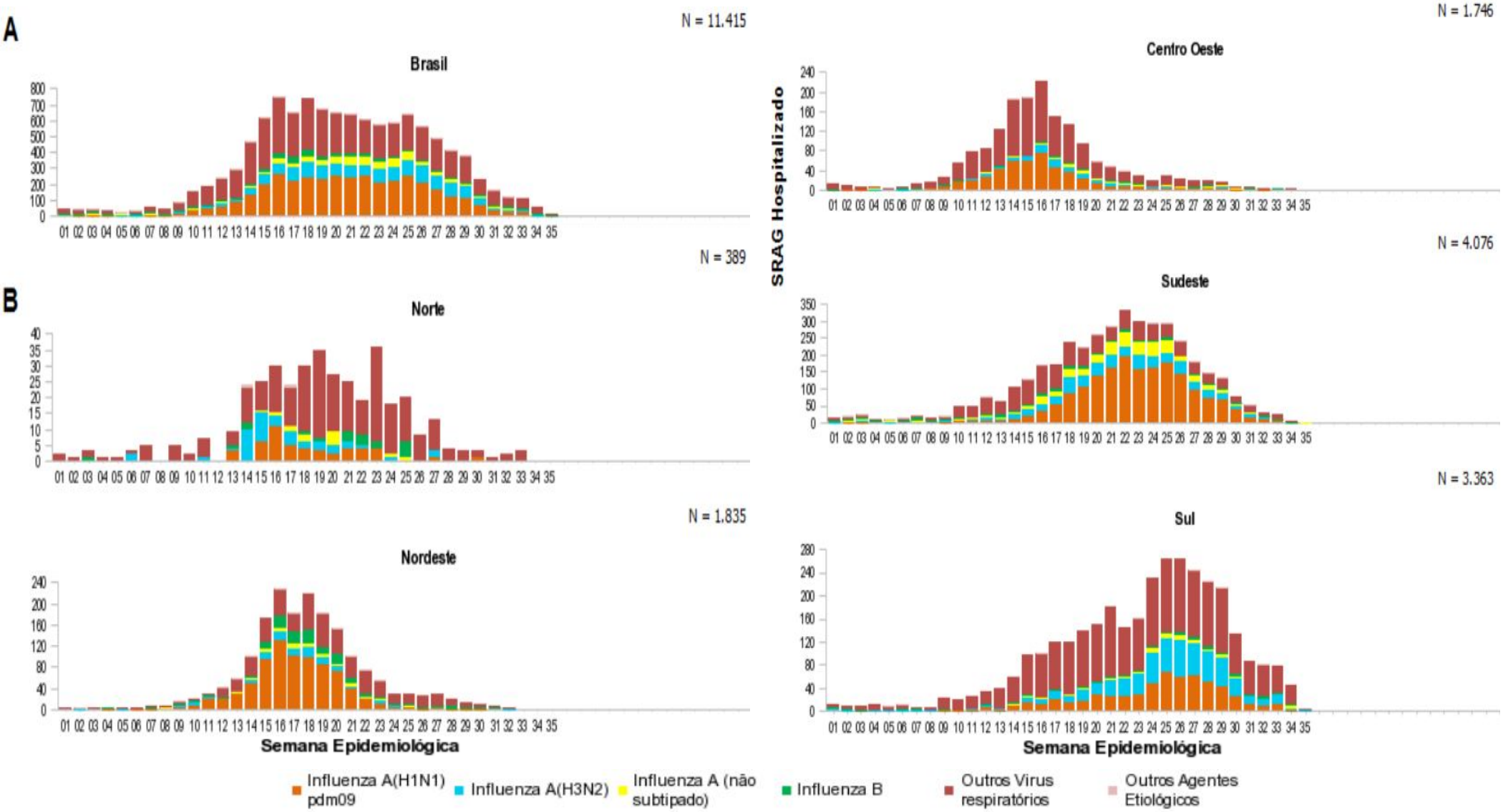
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 35.

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	**1.275**	**161**	**48**	**11**	**44**	**10**	**12**	**1**	**19**	**3**	**123**	**25**	**264**	**29**	**2**	**0**	**726**	**105**	**160**	**2**
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	55	12	9	0
ACRE	208	38	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	20	3	0	0	127	31	43	0
AMAZONAS	151	12	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	67	6	0	0	57	3	11	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	733	76	15	3	30	8	8	1	9	0	62	12	156	18	1	0	425	46	89	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	**5.420**	**640**	**808**	**158**	**137**	**19**	**52**	**13**	**165**	**23**	**1.162**	**213**	**654**	**55**	**19**	**4**	**2.612**	**333**	**973**	**35**
MARANHÃO	179	32	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	70	20	54	1
PIAUÍ	371	52	135	19	1	0	2	1	2	0	140	20	57	4	2	1	159	27	13	0
CEARÁ	1.219	151	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	12	0	2	1	778	72	49	3
RIO GRANDE DO NORTE	260	62	41	11	17	0	8	3	13	1	79	15	26	2	0	0	101	38	54	7
PARAÍBA	210	77	16	10	10	3	0	0	5	2	31	15	12	4	0	0	142	55	25	3
PERNAMBUCO	1.454	72	91	15	46	7	0	0	7	1	144	23	3	0	1	0	618	34	688	15
ALAGOAS	115	24	17	2	3	0	8	3	3	0	31	5	2	0	5	1	73	17	4	1
SERGIPE	242	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	114	9	2	0
BAHIA	1.370	150	191	31	35	5	12	1	42	8	280	45	444	39	5	0	557	61	84	5
SUDESTE	**11.451**	**1.930**	**1.759**	**455**	**545**	**91**	**445**	**95**	**135**	**24**	**2.884**	**665**	**1.161**	**96**	**30**	**10**	**6.547**	**1.100**	**829**	**59**
MINAS GERAIS	1.680	322	74	28	72	17	95	36	8	4	249	85	132	18	6	0	1.182	210	111	9
ESPÍRITO SANTO	428	69	70	15	30	3	2	1	4	2	106	21	0	0	0	0	274	43	48	5
RIO DE JANEIRO	1.053	148	77	18	18	4	24	1	41	3	160	26	278	41	3	2	444	74	168	5
SÃO PAULO	8.290	1.391	1.538	394	425	67	324	57	82	15	2.369	533	751	37	21	8	4.647	773	502	40
SUL	**7.154**	**1.000**	**601**	**129**	**621**	**87**	**67**	**8**	**74**	**7**	**1.363**	**231**	**1.992**	**133**	**8**	**4**	**3.486**	**621**	**305**	**11**
PARANÁ	3.710	567	216	43	340	55	30	3	20	0	606	101	1.315	105	6	4	1.656	353	127	4
SANTA CATARINA	1.183	196	142	30	145	19	7	0	9	1	303	50	313	23	0	0	545	122	22	1
RIO GRANDE DO SUL	2.261	237	243	56	136	13	30	5	45	6	454	80	364	5	2	0	1.285	146	156	6
CENTRO OESTE	**3.294**	**454**	**485**	**91**	**123**	**20**	**44**	**8**	**31**	**10**	**683**	**129**	**1.056**	**67**	**7**	**3**	**1.458**	**243**	**90**	**12**
MATO GROSSO DO SUL	796	99	49	11	60	11	20	4	9	4	138	30	279	12	2	0	356	56	21	1
MATO GROSSO	283	79	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	6	3	1	1	181	58	31	2
GOIÁS	1.411	229	342	67	35	5	9	1	7	2	393	75	391	44	4	2	598	99	25	9
DISTRITO FEDERAL	804	47	58	6	15	2	11	1	4	0	88	9	380	8	0	0	323	30	13	0
BRASIL	**28.594**	**4.185**	**3.701**	**844**	**1.470**	**227**	**620**	**125**	**424**	**67**	**6.215**	**1.263**	**5.127**	**380**	**66**	**21**	**14.829**	**2.402**	**2.357**	**119**
Outro País	**17**	**5**	**2**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**5**	**1**	**2**	**1**	**0**	**0**	**9**	**3**	**1**	**0**
TOTAL	**28.612**	**4.190**	**3.703**	**845**	**1.472**	**227**	**620**	**125**	**425**	**67**	**6.220**	**1.264**	**5.129**	**381**	**66**	**21**	**14.839**	**2.405**	**2.358**	**119**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

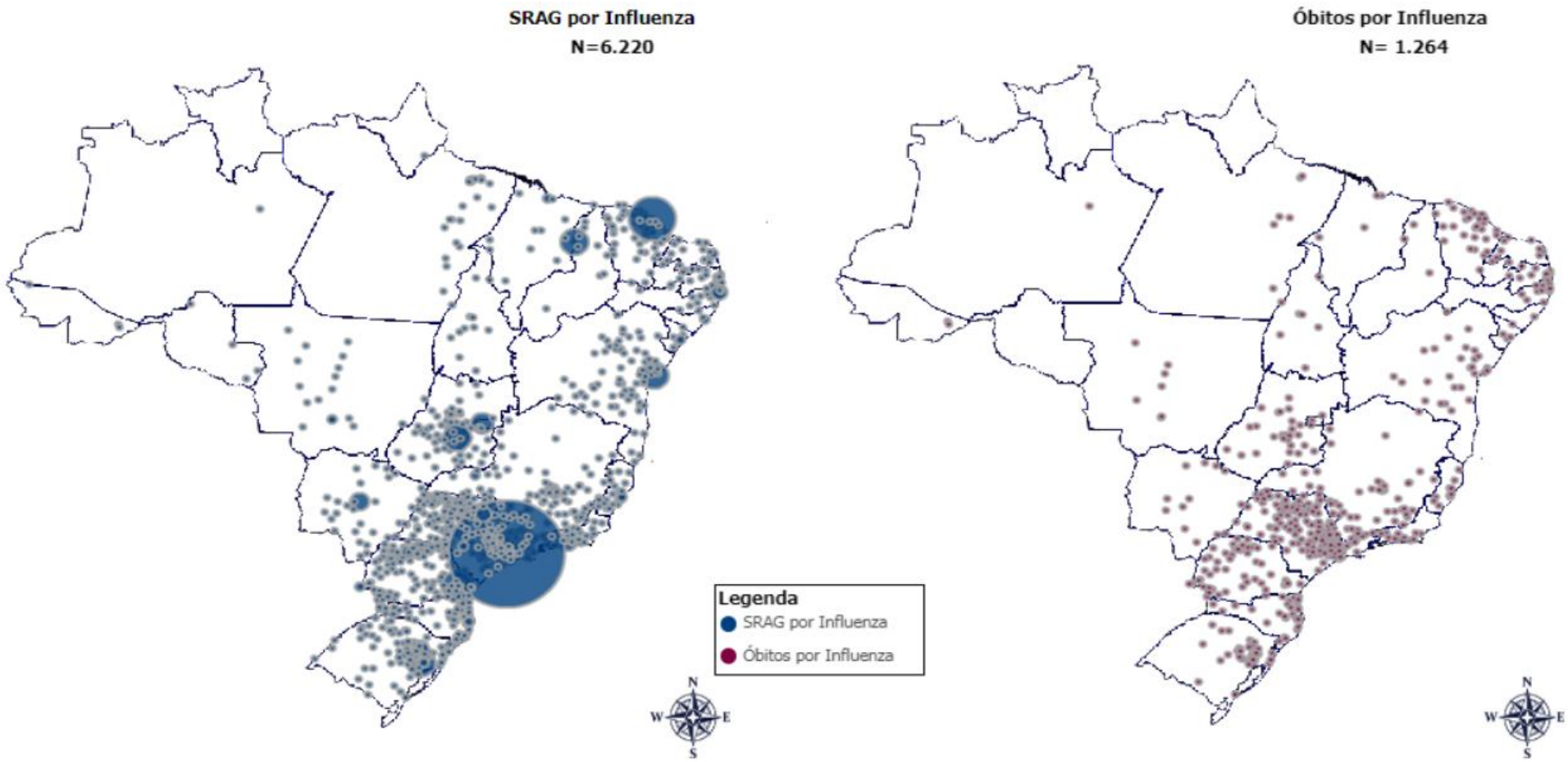
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 35.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 35.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 3/9/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 36/2018

(02/09/2018 a 08/09/2018)

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: 07/09/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Segundo o Instituto Pasteur de Argel, até 5 de setembro de 2018 e desde o início do surto, 217 casos suspeitos de cólera, incluindo duas mortes foram relatados na Argélia. Entre esses casos, 83 foram confirmados. No entanto, como estes casos estão pendentes de confirmação pelo Ministério da Saúde da Argélia (MS), eles não são exibidos neste relatório.

O Ministério da Saúde da Argélia publicou uma repartição dos casos em 30 de agosto de 2018, quando 74 casos foram confirmados. Naquela época, seis áreas foram afetadas e notificados casos confirmados: Blida (39 casos, incluindo dois óbitos), Tipaza (15), Argel (15), Bouira (3), Médéa (1) e Aïn Defla (1).

O Instituto Pasteur, em Argel, confirmou a identificação do sorotipo Vibrio cholerae O1 Ogawa em amostras humanas. Isso também confirmou a presença de Vibrio cholerae em amostras de uma fonte de água natural em Sidi el Kebir, localizado na aldeia de Hamr Al Ain na wilayah de Tipaza. Segundo o Ministério da Saúde, as autoridades sanitárias tomaram medidas corretivas e fechou essa fonte.

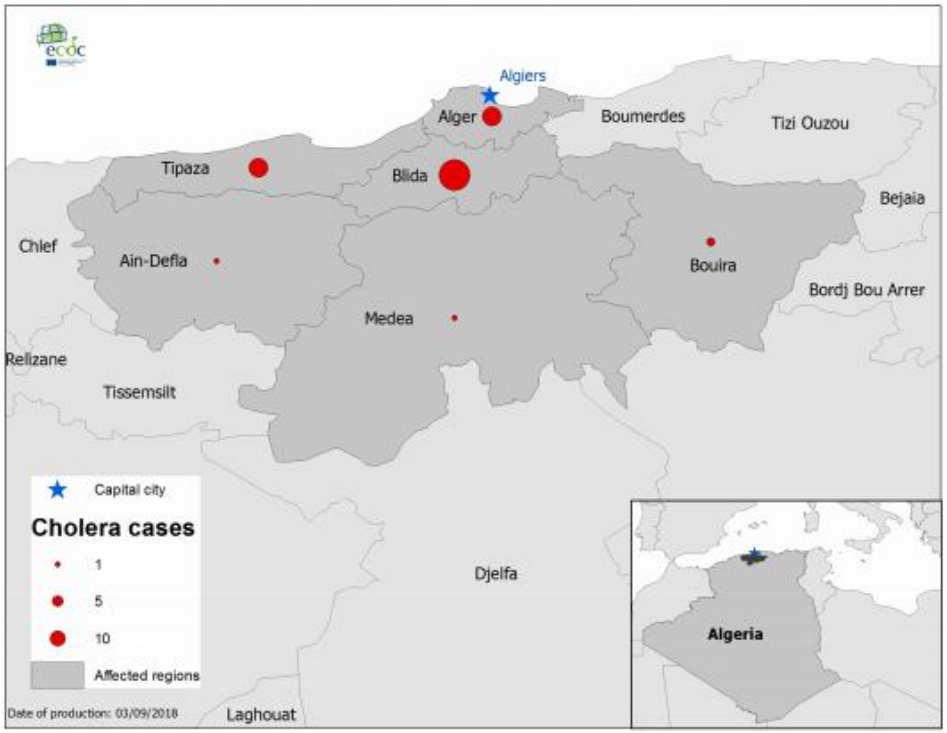
Devido ao número de casos e à extensão geográfica do surto, espera-se que novos casos sejam relatados.

O risco de infecção é muito baixo para viajantes da UE/EEE e residentes na Argélia que seguem medidas corretas de higiene preventiva.

O risco de importação para a UE/EEE é muito baixo e o risco de propagação na UE é insignificante devido ao elevado normas sanitárias e de higiene na UE/EEE e disponibilidade de cuidados de saúde adequados. Os viajantes devem procurar aconselhamento em clínicas de medicina de viagens, a fim de avaliar seu risco pessoal. Segundo a OMS, a vacinação deve ser considerada para os viajantes em risco mais elevado, como trabalhadores de emergência e de socorro que possam estar diretamente expostos. A vacinação geralmente não é recomendada para outros viajantes.

A adesão a medidas adequadas de higiene preventiva desempenha um papel fundamental na prevenção da infecção. Visitantes em áreas afetadas por cólera devem apenas beber água engarrafada, fervida ou clorada, lavar regularmente as mãos (especialmente antes de comer), lavar cuidadosamente todas as frutas e vegetais com água engarrafada, fervida ou clorada antes do consumo, comer alimentos bem cozidos e evitar consumir cubos de gelo, sorvete e produtos de frutos do mar crus ou mal cozidos.

Distribuição geográfica dos casos confirmados de cólera, Argélia, até 03 de setembro de 2018



CÓLERA

Local de ocorrência: Zimbábue
Data da informação: 11/09/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Zimbábue declarou na terça-feira (11/09) uma emergência de saúde por um surto de cólera na capital, Harare, após a morte de 20 pessoas e a contaminação de outras 2.000 como resultado da ingestão de água contaminada, disse o ministro da Saúde do país, Obadias Moyo.

"Nós não queremos mais mortes, declaramos o alerta para conter a cólera, a febre tifoide e tudo o que está acontecendo", disse Moyo hoje depois de visitar um dos hospitais que estão tratando pacientes na capital.

O surto começou nos subúrbios de Glen View e Budiriro, onde de acordo com autoridades do Conselho Municipal de Harare, um vazamento de canos de esgoto poluem os poços comunitários de água que abastecem as áreas vizinhas.

Harare, como muitas cidades do país, não tem água potável suficiente, obrigando os moradores a usar água de poços desprotegidos.

A venda de carne e peixe nas áreas afetadas foi proibido, segundo funcionários do Conselho. E algumas escolas suspenderam as aulas para evitar novas infecções, de acordo com jornal local "The Chronicle".

O Governo do Zimbábue também solicitou assistência das Nações Unidas e empresas privadas para disponibilizar água potável para áreas contaminadas.

Esta é a quarta vez nos últimos 15 anos que a cólera, que causa vômitos e diarreia intensa, e pode ser letal se não for tratada, afeta o Zimbábue.

Entre 2008 e 2009, a maior epidemia de cólera foi registrada na história do país. Mais de 4.000 pessoas morreram em nove meses, enquanto mais de 90.000 foram infectadas.

Fonte: google.com.br

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 07/09/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Entre 31 de agosto e 6 de setembro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 86 casos humanos de febre do Nilo Ocidental: a Hungria (38), Croácia (22), Grécia (19), França (5) e Áustria (2). Os países vizinhos da UE reportaram 49 casos, todos pela Sérvia.

Em cinco áreas, casos humanos foram relatados pela primeira vez: Croácia (4) e França (1). Todos os outros casos humanos foram relatados em áreas afetadas durante as temporadas de transmissão anteriores.

Esta semana, 8 mortes foram reportadas pela Sérvia (5), Grécia (2) e Hungria (1).

Na mesma semana, 40 surtos entre equídeos foram reportados pela Itália (25), Hungria (11), Grécia (3) e Romênia (1).

Em 2018, até 6 de setembro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 798 casos humanos: Itália (327), Grécia (168), Romênia (117), Hungria (134), Croácia (25), França (16), Áustria (10) e Eslovênia (1). Os países vizinhos da UE comunicaram 314 casos humanos:

Sérvia (262), Israel (49) e Kosovo * (3). Até à data, um total de 71 mortes devido à febre do Nilo Ocidental foram relatados pela Sérvia (26), Grécia (18), Itália (13), Romênia (12), Hungria (1) e Kosovo * (1).

Durante a atual estação de transmissão, 117 surtos entre equídeos foram relatados pela Itália (66), Hungria (42), Grécia (8) e a Romênia (1).

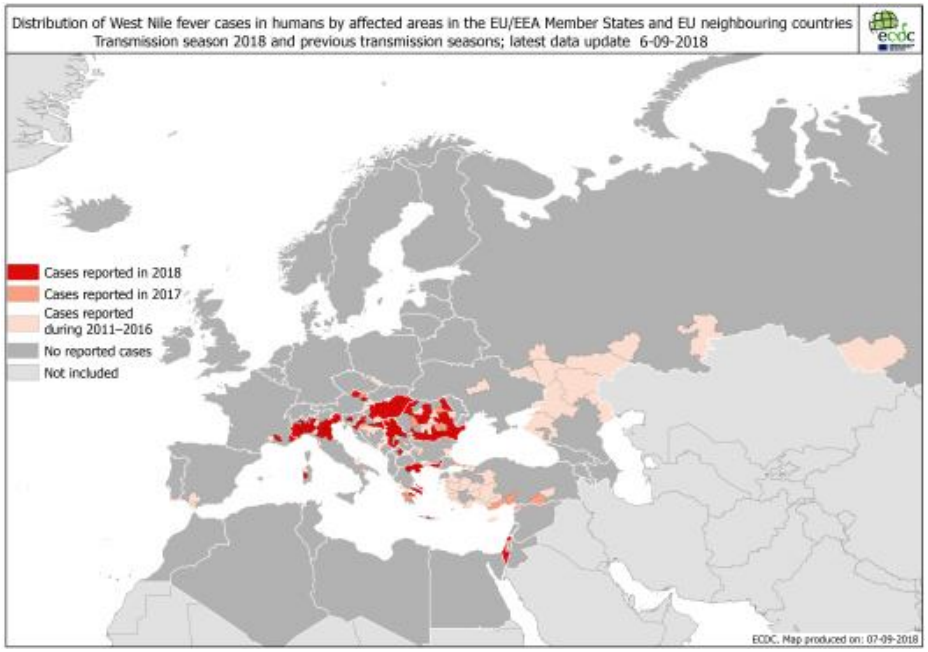
De acordo com a Diretiva 2014/110 / EU da Comissão Europeia, os futuros doadores de sangue devem adiar por 28 dias após a saída de uma área com evidência de circulação do vírus do Nilo Ocidental entre os humanos, a menos que os resultados de um teste sejam negativos.

* 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 mais altos foram relatados do que no mesmo período em anos anteriores. Todos os casos humanos relatados durante a atual temporada de transmissão foram relatados em países anteriormente afetados.

Como atualmente é uma temporada de transmissão particularmente intensa para a febre do Nilo Ocidental, medidas de precaução para viajantes e residentes, principalmente idosos e indivíduos imuno-comprometidos, às áreas afetadas devem ser destacados.

Distribuição de casos humanos de febre do Nilo Ocidental pelas áreas afetadas até 6 de setembro 2018



EBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo
Data da informação: 07/09/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Até 5 de setembro de 2018, o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo relatou 129 casos do vírus Ebola (98 confirmados, 31 prováveis), incluindo 89 óbitos (58 confirmados, 31 prováveis).

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

Até 6 de setembro de 2018 e de acordo com um relatório da Agência Europeia para a Proteção Civil e a Ajuda Humanitária (ECHO), 2.265 contatos foram identificados em Mabalako (1.331), Beni (517), Mandima (207), Oicha (123) e Butembo (87). Destes, 93% estão sendo monitorados.

Atividades de resposta: Até 6 de setembro de 2018 e de acordo com o ECHO, 6.486 pessoas foram vacinadas em Mabalako (3.279), Beni (1.930), Mandima (1.067), Oicha (121), Katwa (70) e Kinshasa (19). Segundo as mesmas fontes, 4.830 vacinas contra o Ébola ainda estão disponíveis em Beni.

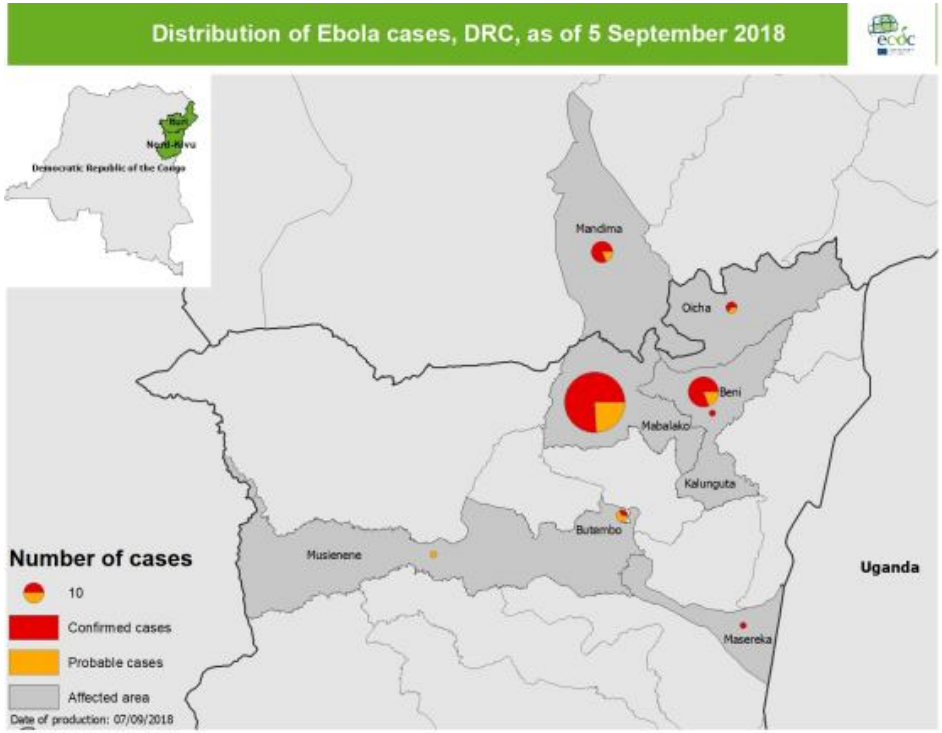
Viagens: De acordo com a notícia do surto da doença da OMS (DON) divulgada em 14 de agosto de 2018, Burundi, República Centro-Africana, Ruanda, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia estão implementando a triagem de entrada.

Nos países da UE/EEE, a Bélgica, a Alemanha, a Itália e a Espanha emitiram pareceres contra as deslocações para a região do Kivu do Norte por causa do surto de Ebola. Além disso, o CDC e a OMS dos EUA emitiram recomendações de viagem.

Se o segundo caso na cidade de Butumbo for confirmado, seria uma preocupação, já que esta cidade com mais de 1 milhão de habitantes é centro comercial e de viagens entre a RDC e o Uganda. A situação tem o potencial para novas cadeias de transmissão, se não for rapidamente controlado.

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 baixo nesta fase.

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



Distribuição geográfica dos casos confirmados e prováveis da doença pelo vírus Ebola, Norte Províncias de Kivu e Ituri, República Democrática do Congo, até 5 de setembro de 2018

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 07/09/2018

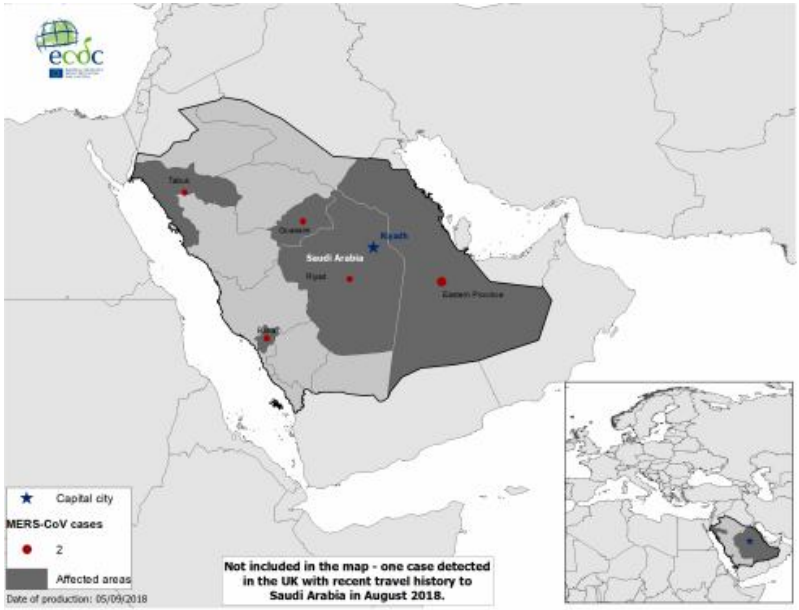
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) / ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

- Desde abril de 2012 e em 31 de agosto de 2018, 2.256 casos de MERS-CoV, incluindo 841 mortes, foram relatados pelas autoridades de saúde em todo o mundo.

O risco de transmissão sustentada de humano para humano na Europa continua a ser muito baixo. A conclusão do ECDC continua a ser a de que o surto de MERS-CoV representa um risco baixo para a UE, conforme indicado na avaliação rápida dos riscos publicada em 29 de agosto de 2018, que também fornece detalhes sobre o último caso relatado na Europa.

Em 2 de agosto de 2018, o ECDC publicou uma avaliação dos riscos relativos à saúde pública relacionada com doenças transmissíveis 2018 Hajj, Arábia Saudita, 19 ± 24 de agosto de 2018, onde MERS-CoV é discutido.



Distribuição geográfica dos casos confirmados de MERS-CoV por provável região de infecção em agosto de 2018

- Na Coreia do Sul, um homem de 61 anos foi diagnosticado com a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e está sendo tratado em um hospital em Seul, disseram os Centros para Controle e Prevenção de Doenças da Coreia (KCDC) no sábado [8 de setembro de 2018].

O paciente retornou a Seul na sexta-feira [7 de setembro de 2018] após uma viagem de negócios ao Kuwait de [qui 16 agosto 2018 a qui 6 setembro 2018], de acordo com o KCDC.

Esta é a 1ª vez desde julho de 2015 que um surto de MERS foi notificado na Coreia do Sul.

"Até agora, 20 pessoas, incluindo comissários de bordo e equipe médica, estiveram em contato próximo com o paciente, e estão em isolamento em casa", disse o diretor do KCDC, Jeong Eun-kyeong, em entrevista coletiva.

O paciente, que estava sofrendo de diarreia, foi diretamente ao Samsung Medical Center, disse Jeong. Ele está agora em uma ala de isolamento no Hospital da Universidade Nacional de Seul.

O diretor do KCDC disse que todos os voos dos países do Oriente Médio foram colocados em quarentena. "O KCDC e os governos locais farão o possível para evitar a disseminação do MERS", disse Jeong.

A doença infecciosa varreu a Coreia do Sul em 2015, levando a 38 mortes. Acredita-se que a MERS seja transportada por camelos, e a maior parte da transmissão humana para humana ocorreu em ambientes de saúde.

Fonte: google.com.br

HEPATITE A

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

COMENTÁRIOS:

As autoridades de saúde na região de Antofagasta, no norte do Chile, estão em alerta para um surto de hepatite A que soma 201 casos até agora em 2018, 2 a mais do que os registrados em 2017.

"Infelizmente, estamos tendo cerca de 5 casos a cada duas semanas, o que significa que estamos enfrentando uma epidemia", disse à Rádio a Cooperativa Rossana Díaz, Secretária Regional de Saúde. É uma situação "controlável com a ajuda da comunidade", que, na sua opinião, tem um papel fundamental na prevenção dessa doença, que pode "ser fulminante, criar risco à vida e exigir o transplante de órgãos". " Diaz enfatizou que a hepatite A pode ser prevenida com medidas simples, como a lavagem constante das mãos e o manuseio e preparo de alimentos ideais.

As autoridades devem combater as vendas de alimentos nas ruas e controlar as empresas, "mas não recebemos nada se as pessoas continuarem a consumir alimentos na rua ou em lugares que não têm autorização sanitária para isso", disse ele. A profusão de casos, de acordo com o funcionário, corresponde ao aumento do consumo de alimentos em locais não autorizados e à falta de pessoal vacinado ou a rígidos regulamentos de higiene nos estabelecimentos que possuem autorização.

As autoridades criaram um Comitê de Resposta a Surtos na região e questionaram os contatos dos casos confirmados e dos suspeitos a fim de encontrar a origem da transmissão. Os casos registrados em Antofagasta variam de 2 a 60 anos, com uma média de 23 anos, dos quais 62% são homens e 38% são mulheres, e embora a presença de imigrantes seja grande na região, 98% dos casos são chilenos, as autoridades regionais relataram.

A hepatite A, de acordo com o Instituto de Saúde Pública, pode ser prevenida com uma vacina, e sua detecção requer um diagnóstico médico, além de exames laboratoriais ou estudos de diagnóstico por imagem. É transmitido através da água, comida contaminada ou através do contato com uma pessoa infectada. É considerada uma doença com distribuição mundial que ocorre esporadicamente ou epidemicamente com um ciclo sazonal, que no Chile é uma endemia intermediária, com surtos epidêmicos a cada 4 ou 5 anos, e não há portadores crônicos.

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 04/09/2018
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: Papua Nova Guiné - três novos casos de poliovírus tipo 1 derivados da vacina circulantes (cVDPV1). Nenhum novo caso de poliovírus selvagem. Afeganistão e Paquistão continuam a detectar WPV1 através de amostragem ambiental, indicando transmissão sustentada.

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	35	10	47	22	96
- in endemic countries	15	8	10	0	22	0
- in non-endemic countries	0	27	0	47	0	96

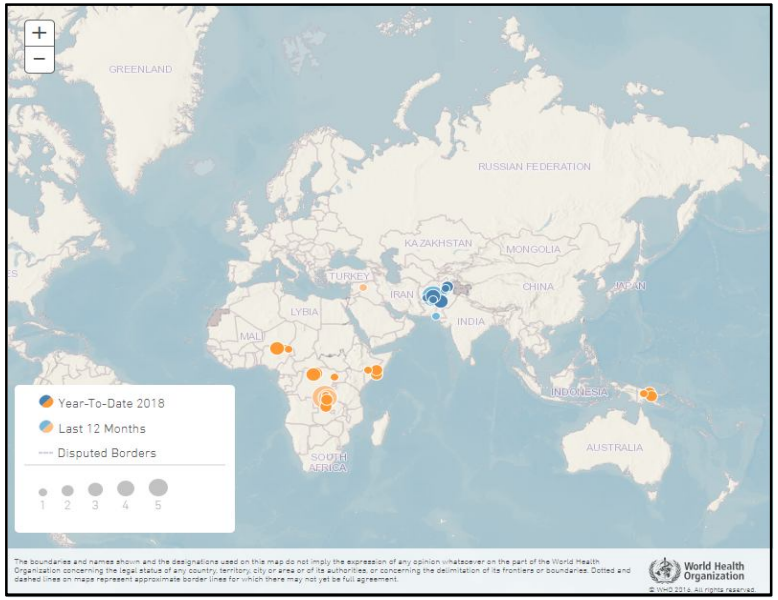
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

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	4	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	8	0	0	0	0	NA	29/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/

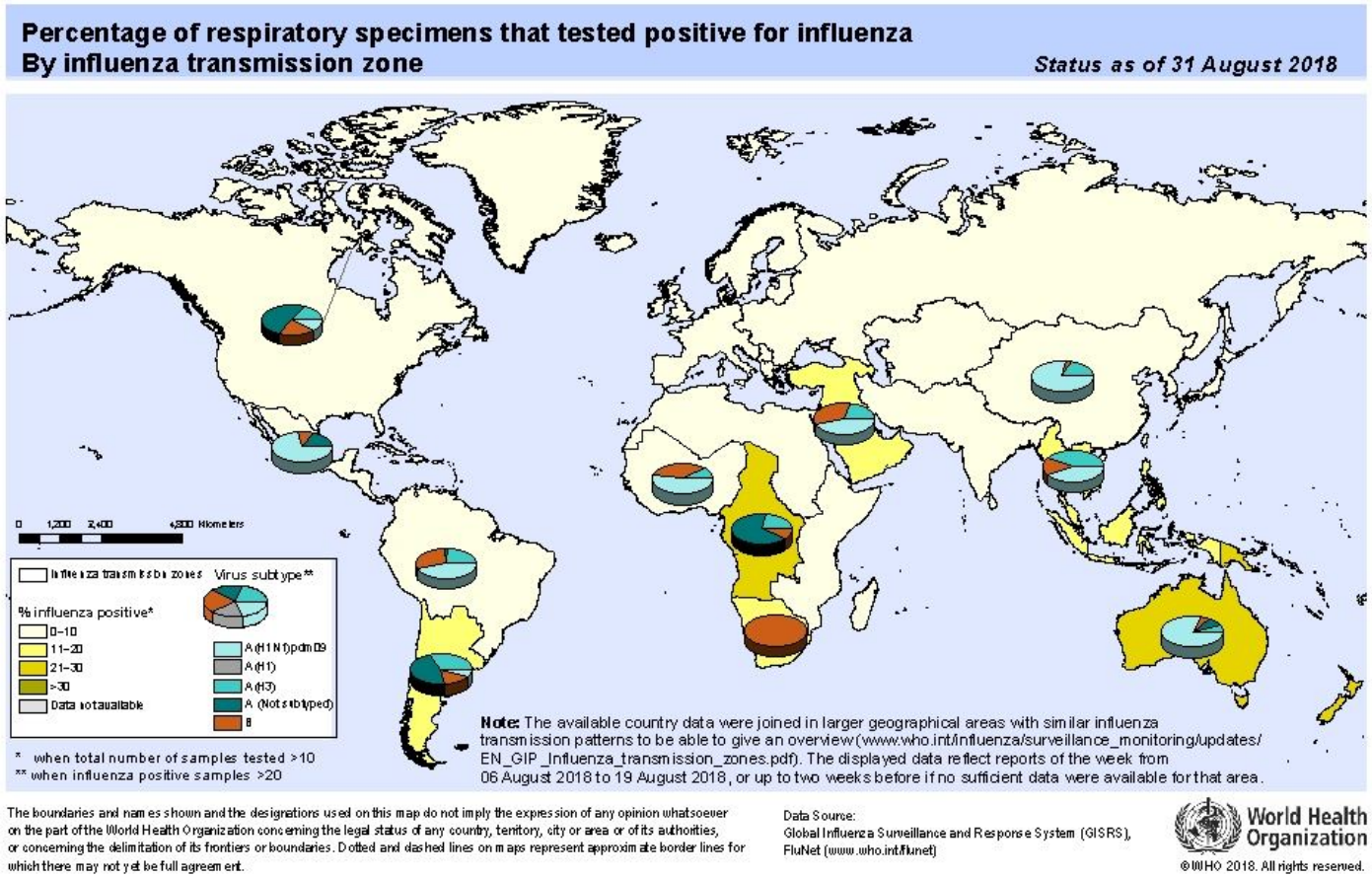
INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 03/09/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu elevada na América do Sul e continuou a diminuir na África Austral. A atividade da gripe permaneceu em baixos níveis sazonais na Austrália e na Nova Zelândia e em níveis inter-sazonais na maior parte da zona temperada do hemisfério norte. Relatos de atividade da gripe estão diminuindo 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 80 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 06 de agosto de 2018 a 19 de agosto de 2018 (dados de 2018-08-31 03:45:57 UTC) . Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 46752 espécimes durante esse período de tempo. 1806 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 1530 (84,7%) foram tipificados como influenza A e 276 (15,3%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 634 (58,3%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 453 (41,7%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 49 (50,5%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 48 (49,5%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

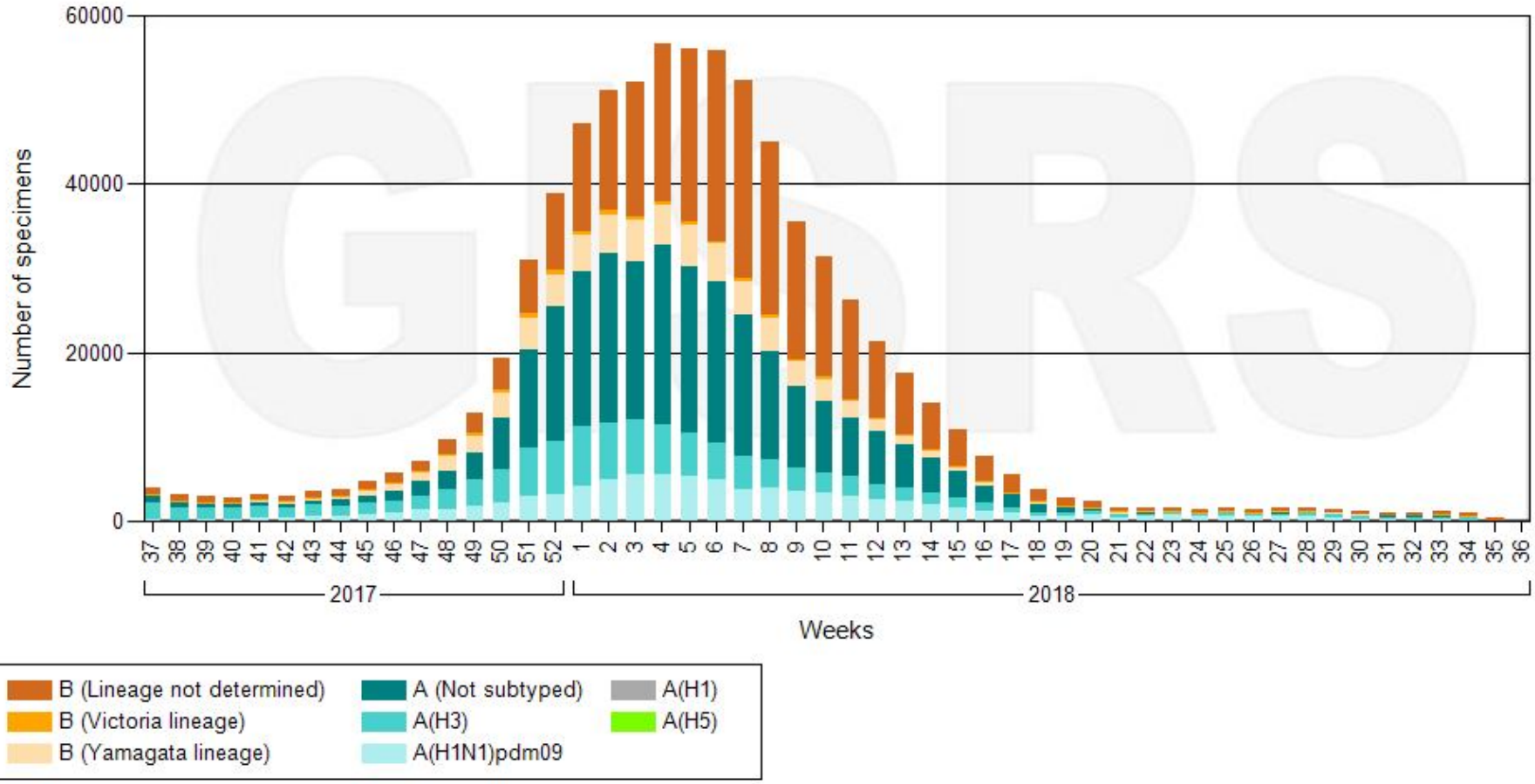
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 10/09/2018 16:59:52 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

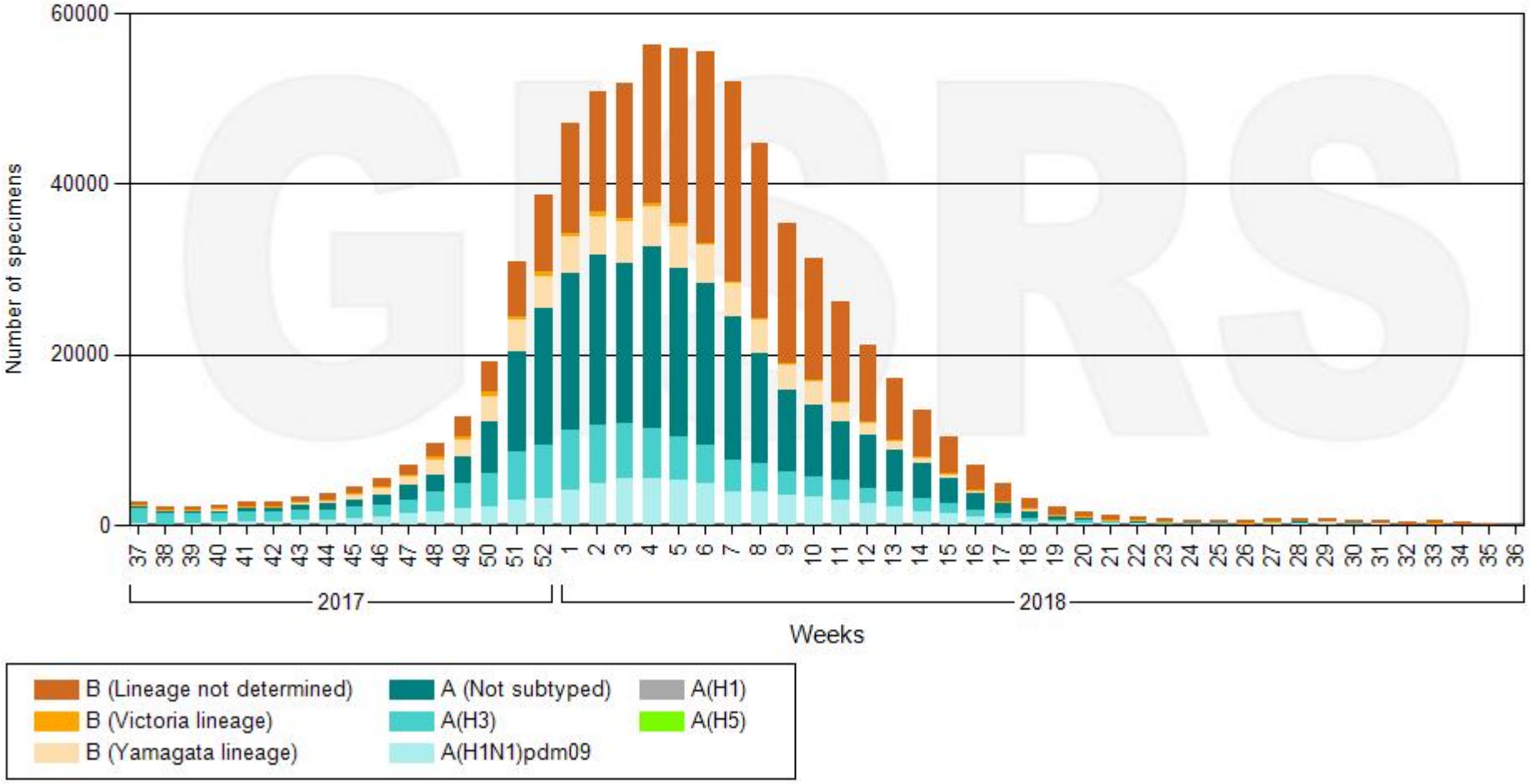
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 10/09/2018 17:01:21 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

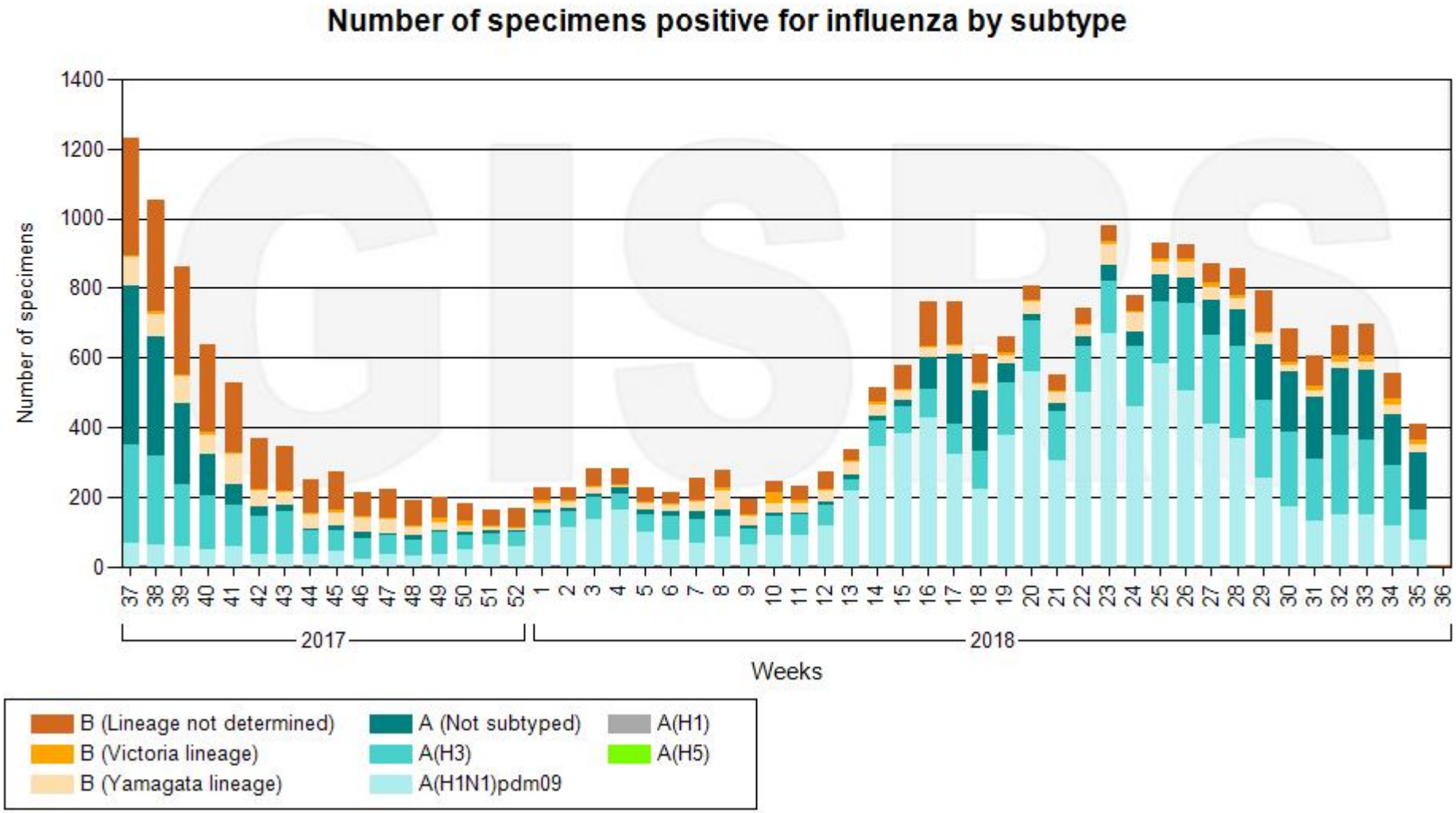
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 10/09/2018 17:02:15 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere



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

© World Health Organization 2018

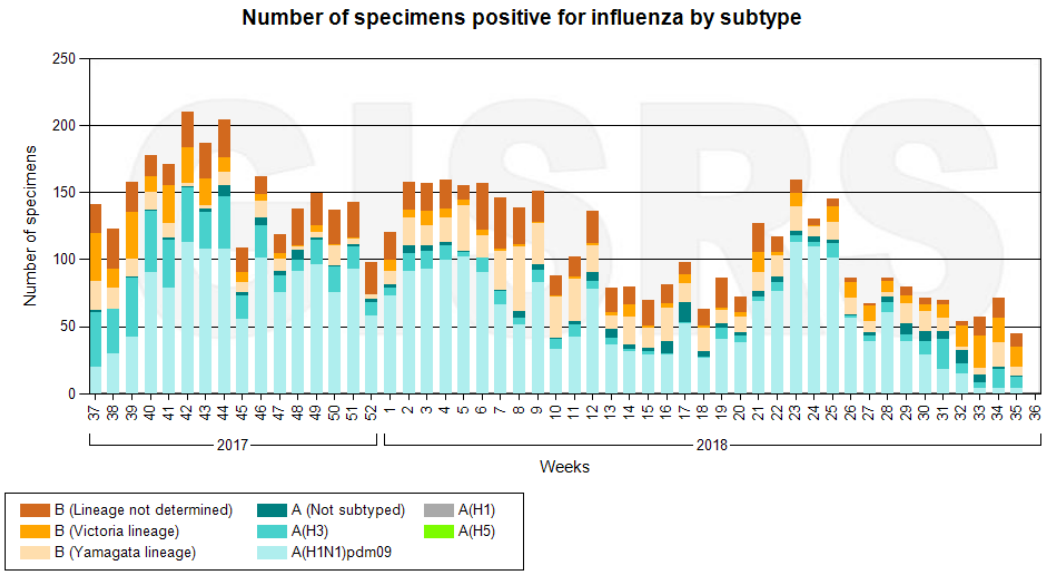
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:03:16 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

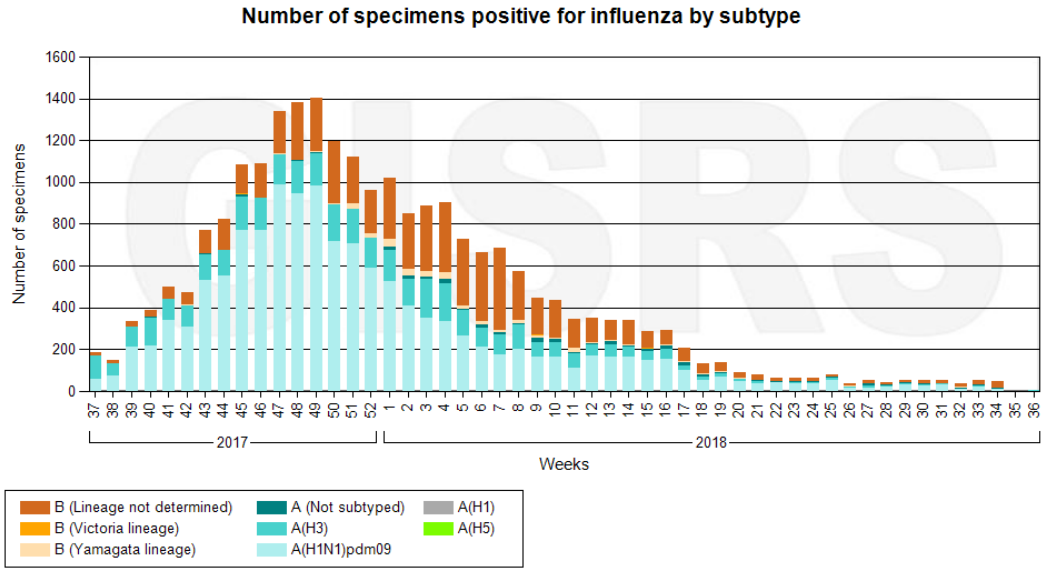
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:04:15 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

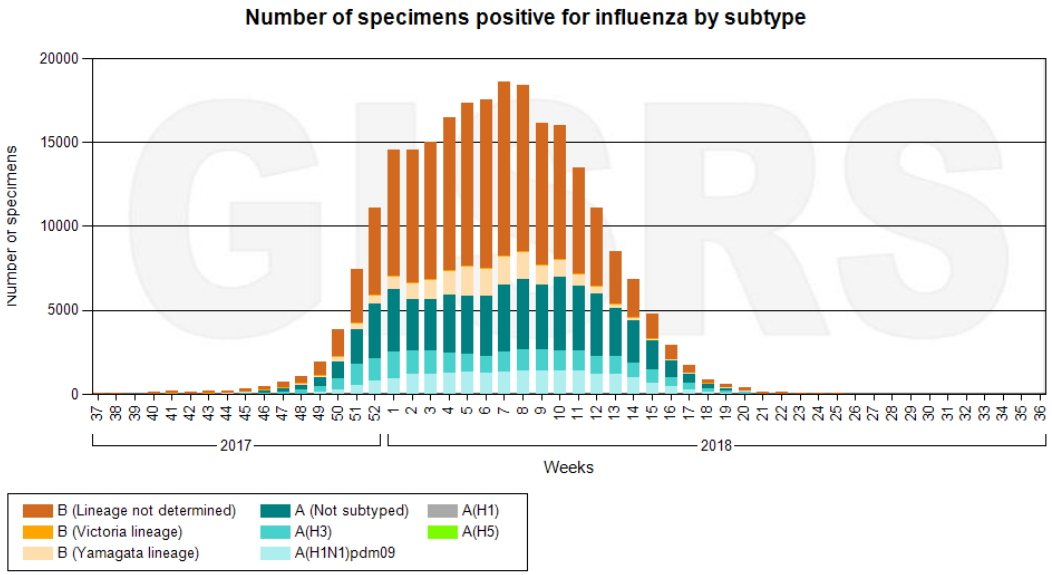
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:05:05 UTC

World Health Organization

European Region of WHO



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

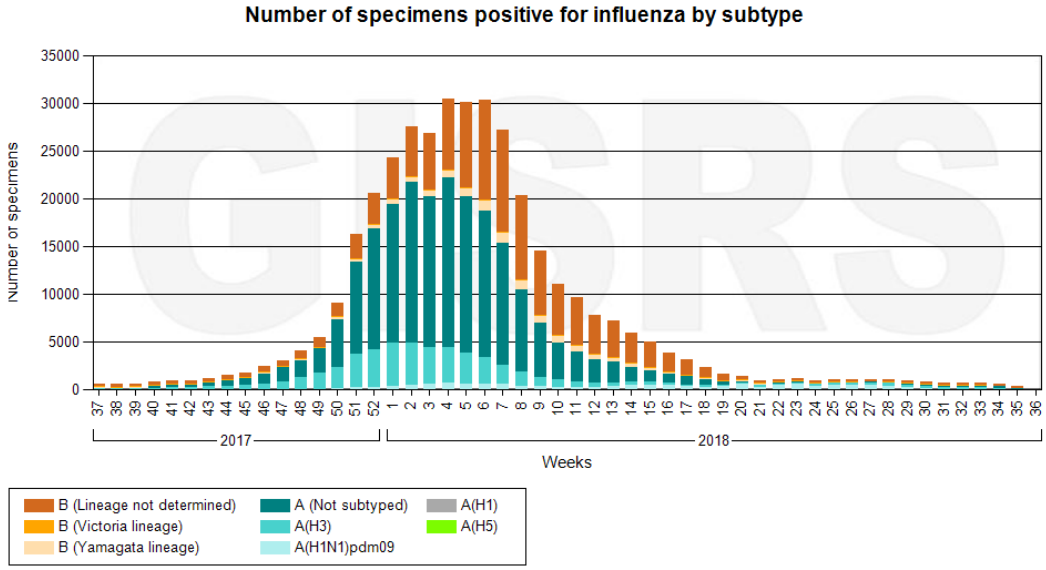
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:06:05 UTC

Region of the Americas of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

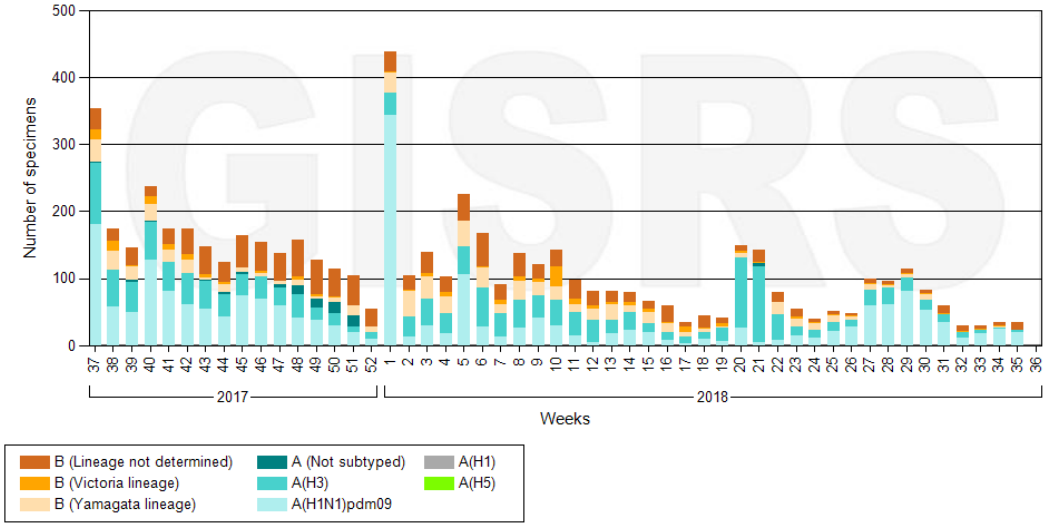
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:06:53 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

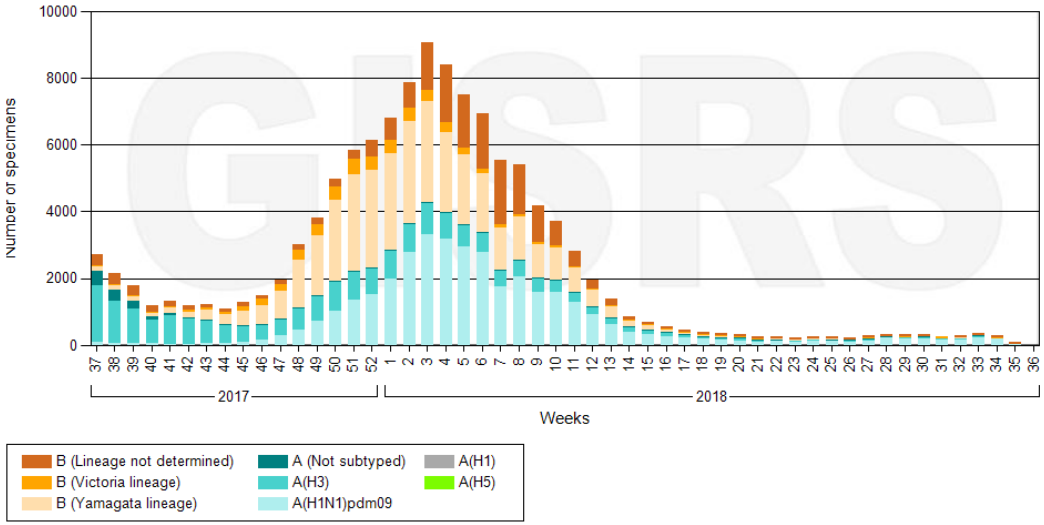
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 10/09/2018 17:08:02 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