INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 39/2018

(23/09/2018 a 29/09/2018)

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 39/2018

(23/09/2018 a 29/09/2018)

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: 25/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

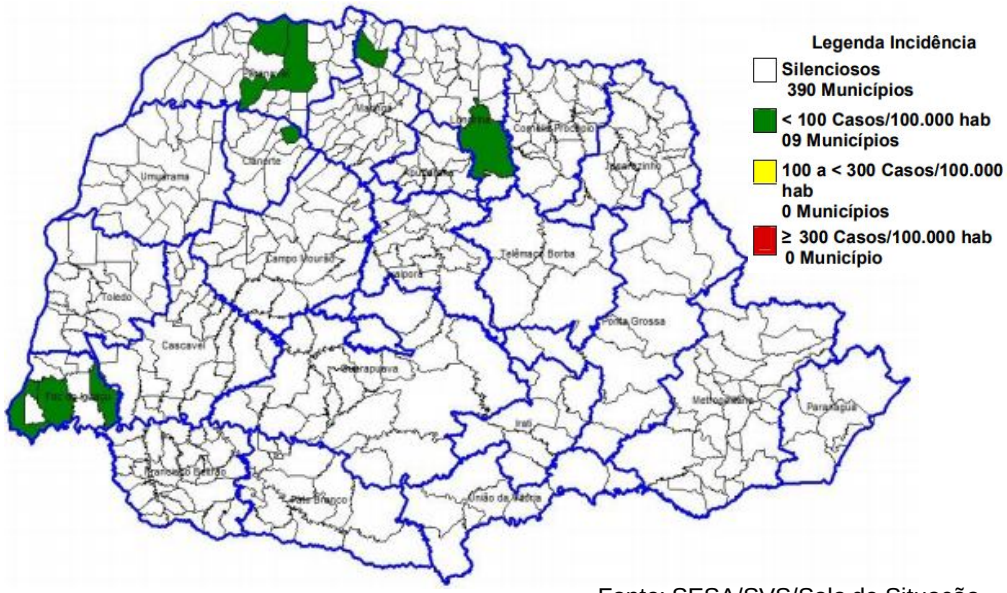
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 38/2018.

Foram notificados no referido período 912 casos suspeitos de dengue, dos quais 385 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,13 casos por 100.000 hab. (15/11.163.018 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 (216), Foz do Iguaçu (108) e Maringá (78). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (3), Matelândia (3), Foz do Iguaçú (2), e Paranavaí (2).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 38/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 38/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	113
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	18
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	13
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	7
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	9
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 13ª,14ª, 15ª e 17ª)	5
TOTAL DE CASOS	**19**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	15
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	4
TOTAL DE NOTIFICADOS	**912**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 38/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	19 (100,0%)	0 (0,0%)	19
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	0	-	0
Descartados	-	-	385
Em andamento/investigação	-	-	508
Total	**19 (2,1%)**	**0 (0,0%)**	**912**

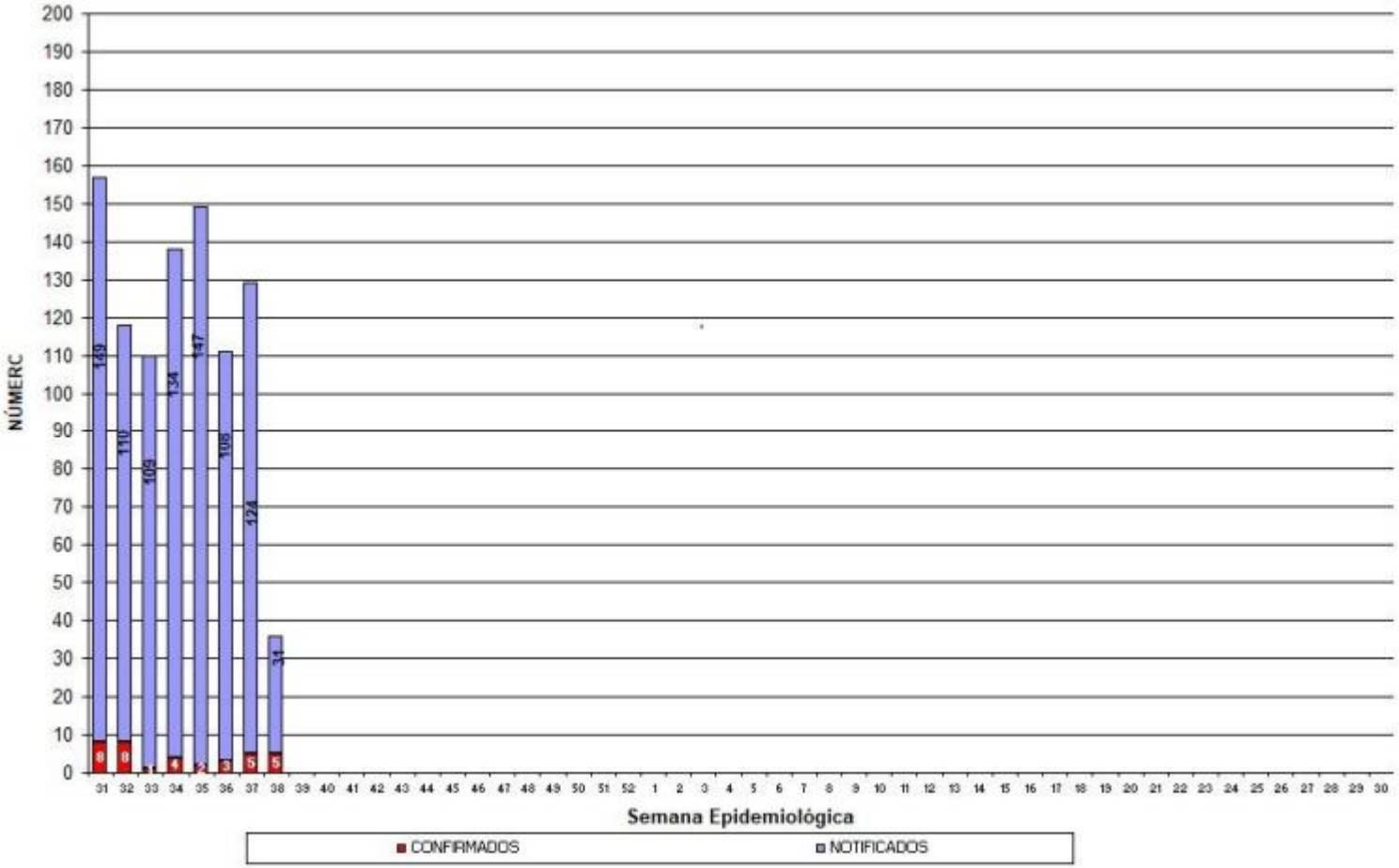
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 25/09/2018
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 38/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

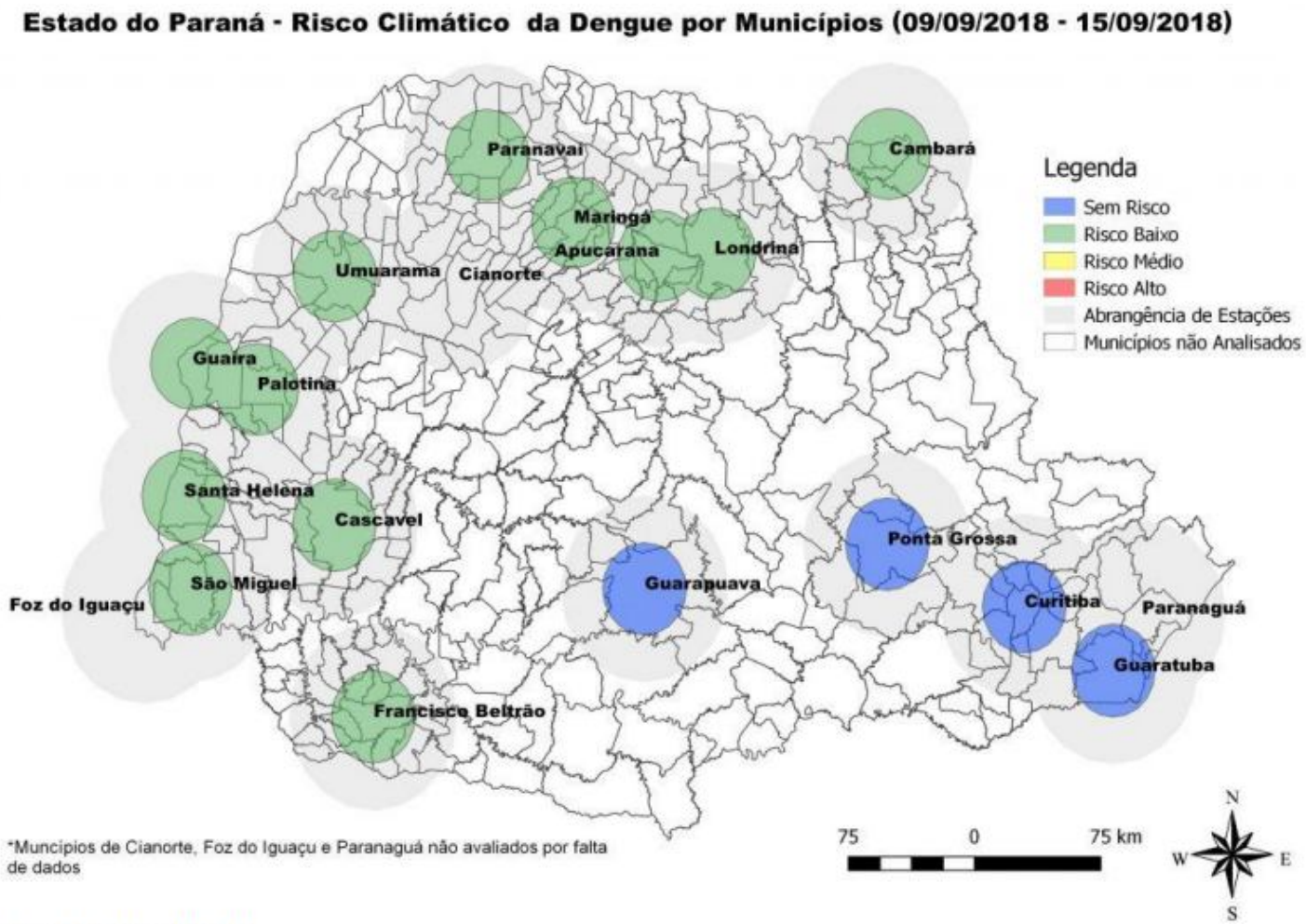
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 25/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 36/2018 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.



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 25/09/2018
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 38/2018*

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	33	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	3	3	32	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	3	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	6	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	18	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	6	0	6	149	0	0	0	1,48
10ª RS - Cascavel	540.131	0	0	0	29	0	0	0	-
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	26	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	7	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	10	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	4	0	4	92	0	0	0	1,46
15ª RS - Maringá	799.890	1	0	1	108	0	0	0	0,13
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	33	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	3	0	3	339	0	0	0	0,32
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	18	0	0	0	-
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	4	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	**11.163.018**	**15**	**4**	**19**	**912**	**0**	**0**	**0**	**0,13**

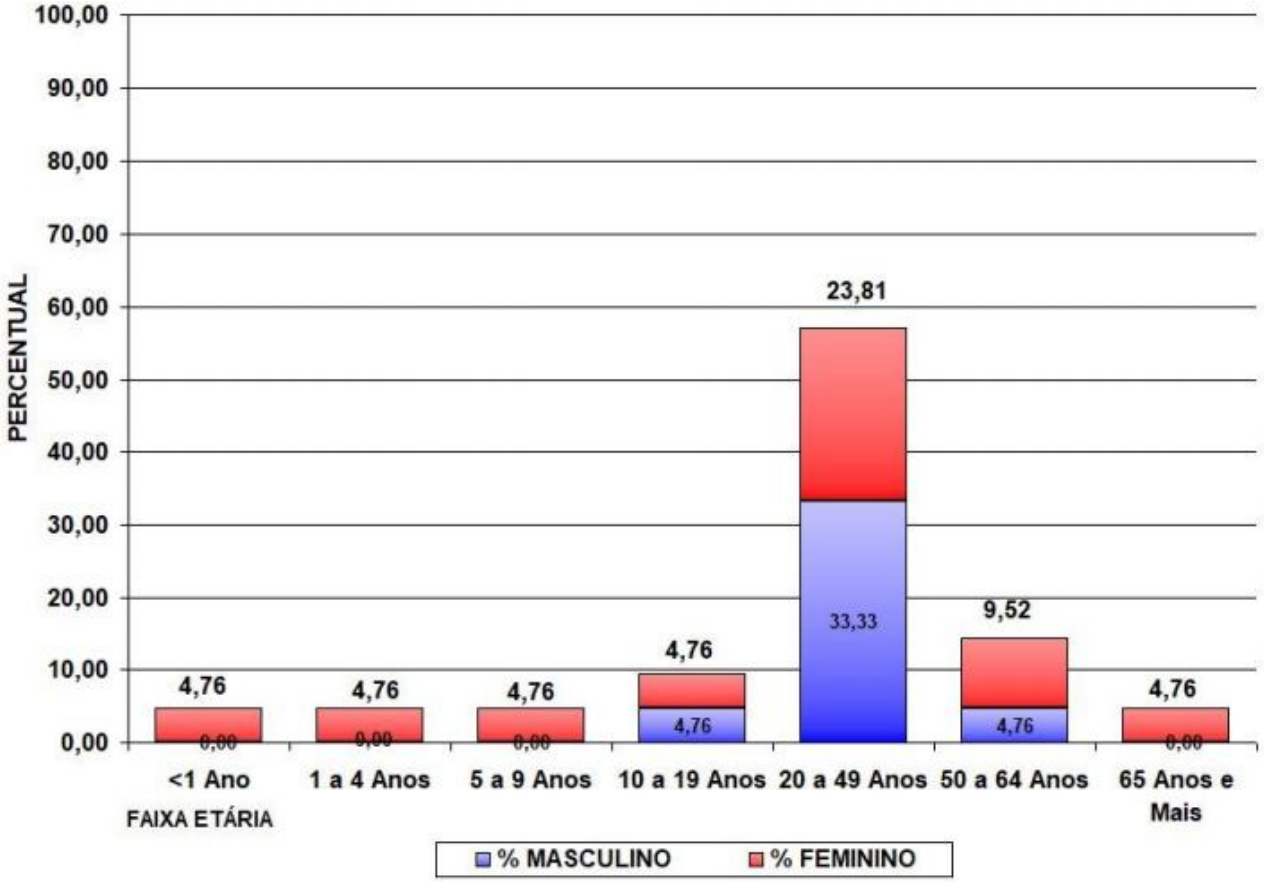
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 25/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,14% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos com 14,29% dos casos

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 38/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 25/09/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 38/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
2	Curitiba	1.879.355	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	3	-	0	0	0	2	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	7	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Guaíra	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
	TOTAL	**11.163.018**	**0**	**0**	**0**	**24**	-	**0**	**0**	**0**	**6**	-

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

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

* Dados considerados até 25 de Setembro de 2018. Divulgado

Foram suprimidos municípios onde não houve notificação de suspeitos de Chikungunya e Zika Vírus.
Alguns municípios apresentaram correção de informações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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 37 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 15/09/2018.

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 16,7% (628/3.765) 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, 17,5% (105/599) 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% (1.768/3.678) para SG e de 50,8% (304/599) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 37 foram notificados 3.887 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,2% (628) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 604 óbitos notificados por SRAG, 17,4% (105) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

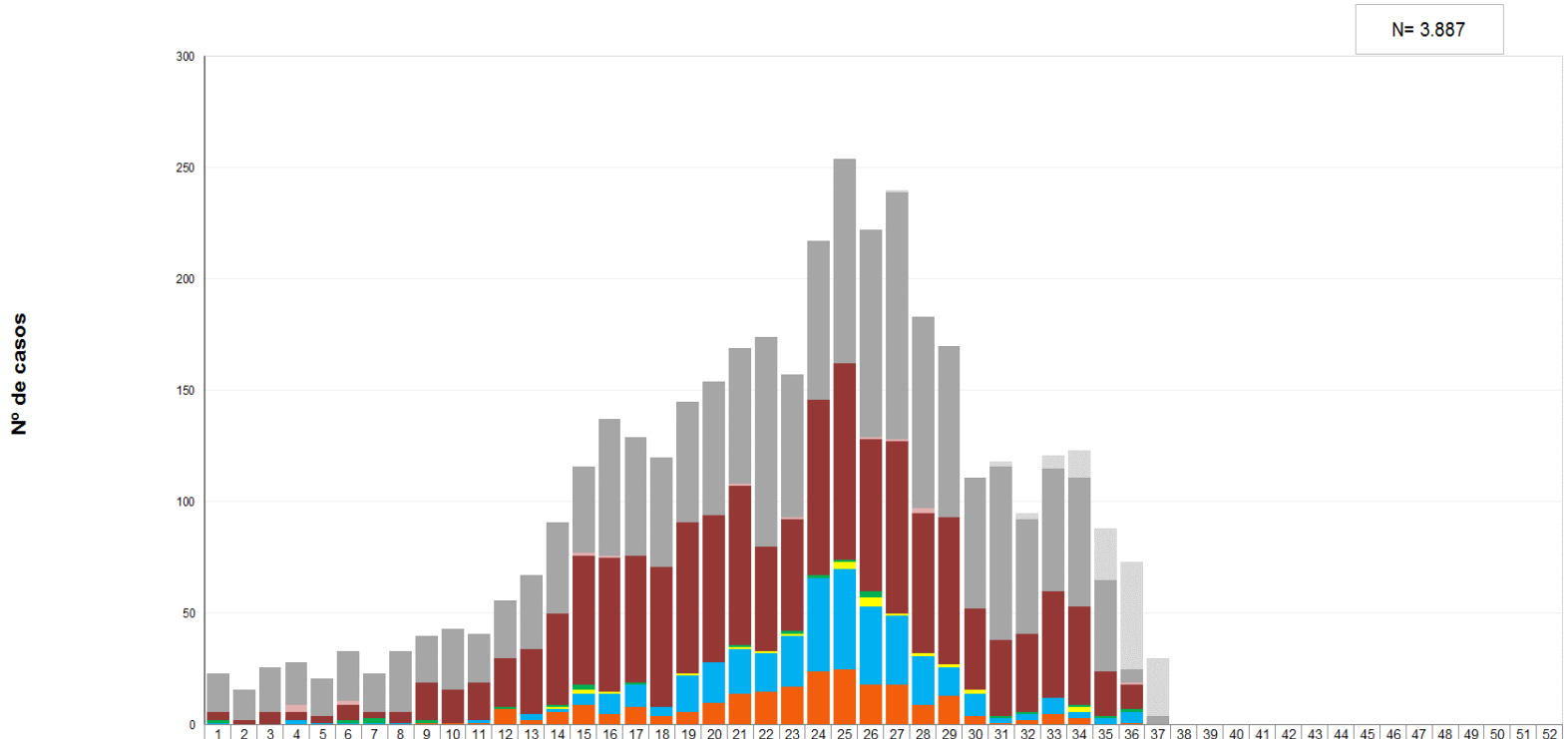
Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	628	16,2	105	17,4
Influenza A(H1N1)pdm09	229	36,5	43	41,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	355	56,5	58	55,2
Influenza A não subtipado	22	3,5	3	2,9
Influenza B	22	3,5	1	1,0
SRAG não especificada	1.740	44,8	375	62,1
SRAG por outros vírus respiratórios	1.384	35,6	115	19,0
SRAG por outros agentes etiológicos	13	0,3	4	0,7
Em investigação	122	3,1	5	0,8
TOTAL	**3.887**	**100**	**604**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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	1	0	0	0	2	3	6	12	23	48	26	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	51	55	58	41	6	4	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	0	0	0	0	1	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	63	66	36	34	35	48	44	20	11	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	1	1	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	0	3	4	1	1	1	2	0	0	0	2	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	42	45	35	31	22	13	10	2	3	7	3	3	5	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	24	25	18	18	9	13	4	1	2	5	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	**3**	**1**
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pontal do Paraná	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	62	8	0	0	161	11	10	0	5	0	**238**	**19**
Almirante Tamandaré	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	5	1
Araucária	1	0	0	0	11	1	1	0	0	0	13	1
Campina Grande do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	5	0
Colombo	2	0	0	0	10	0	0	0	0	0	12	0
Curitiba	41	5	0	0	98	9	9	0	4	0	152	14
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperuçu	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	5	2	0	0	4	0	0	0	0	0	9	2
Piraquara	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Quitandinha	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	8	0	0	0	14	1	0	0	0	0	22	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	0	0	7	1	0	0	1	0	**10**	**1**
Carambeí	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Castro	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	6	0
4. Reg. Saúde Irati	3	1	0	0	7	0	1	0	2	0	**13**	**1**
Imbituva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	0	0	5	0	0	0	0	0	8	1
Rebouças	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Teixeira Soares	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	0	0	13	9	0	0	0	0	**13**	**9**
Guarapuava	0	0	0	0	7	5	0	0	0	0	7	5
Laranjeiras do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhão	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Pitanga	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Prudentópolis	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Turvo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	0	0	4	2	0	0	3	0	**9**	**2**
São Mateus do Sul	2	0	0	0	4	2	0	0	2	0	8	2
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	0	0	12	1	0	0	0	0	**12**	**1**
Coronel Vivida	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	27	4	0	0	16	4	2	0	1	0	**46**	**8**
Ampere	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1
Barracão	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dois Vizinhos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Marmeleiro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Pinhal de São Bento	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Planalto	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Realeza	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascença	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Salto do Lontra	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	1	0	0	0	1	0	14	1
Santo Antônio do Sudoeste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Verê	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	14	2	0	0	23	10	1	0	6	1	**44**	**13**
Foz do Iguaçu	13	2	0	0	17	6	1	0	6	1	37	9
Matelândia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Medianeira	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	5	2
10. Reg. Saúde Cascavel	7	2	0	0	10	2	0	0	1	0	**18**	**4**
Anahy	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cascavel	6	1	0	0	10	2	0	0	1	0	17	3
11. Reg. Saúde Campo Mourão	10	2	0	0	7	1	2	1	0	0	**19**	**4**
Araruna	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	0	0	5	1	1	0	0	0	10	1
Engenheiro Beltrão	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Goioerê	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1
Janiópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nova Cantu	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Roncador	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	7	2	0	0	5	1	0	0	0	0	**12**	**3**
Cafezal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporã	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	5	0	0	0	3	0	0	0	0	0	8	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	0	0	8	1	1	0	0	0	**16**	**1**
Cianorte	2	0	0	0	4	1	0	0	0	0	6	1
Cidade Gaúcha	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rondon	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	**3**	**0**
Amaporã	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	37	10	0	0	16	3	1	1	0	0	**54**	**14**
Astorga	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	3	2
Marialva	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	27	4	0	0	11	1	1	1	0	0	39	6
Nova Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Paiçandu	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarandi	5	2	0	0	2	0	0	0	0	0	7	2
16. Reg. Saúde Apucarana	2	1	0	0	5	0	0	0	0	0	**7**	**1**
Apucarana	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Califórnia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cambira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marilândia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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)

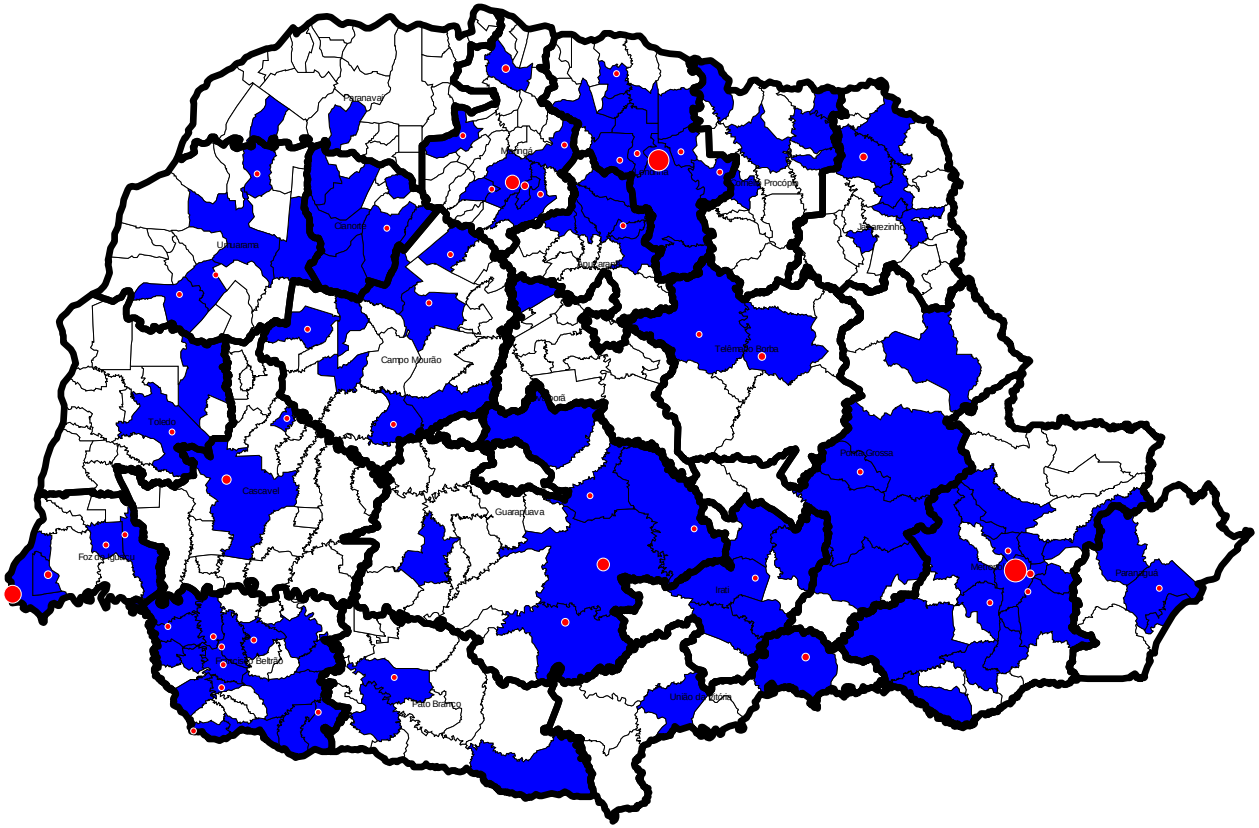
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
17. Reg. Saúde Londrina	29	0	0	0	30	9	3	1	2	0	**64**	**17**
Assaí	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	1
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	0	0	23	6	2	1	1	0	39	12
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4	1
Sertanópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procópio	7	0	0	0	9	0	1	0	0	0	**17**	**0**
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Bandeirantes	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Cornélio Procópio	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	0
São Sebastião da Amoreira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sertaneja	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	7	2	0	0	12	0	0	0	1	0	**20**	**2**
Jaboti	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Joaquim Távora	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Quatiguá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santo Antônio da Platina	4	2	0	0	7	0	0	0	0	0	11	2
Siqueira Campos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
20. Reg. Saúde Toledo	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	**3**	**1**
Assis Chateaubriand	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Toledo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	0	0	5	2	0	0	0	0	**6**	**3**
Ortigueira	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Telêmaco Borba	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	4	2
22. Reg. Saúde Ivaiporã	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**0**
São João do Ivaí	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	**229**	**43**	**0**	**0**	**355**	**58**	**22**	**3**	**22**	**1**	**628**	**105**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/ Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

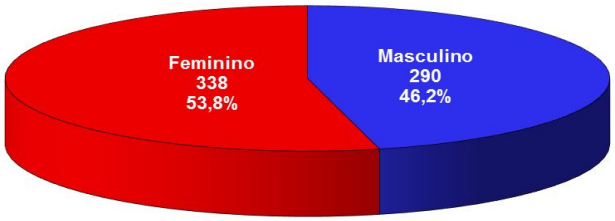
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 53,8% (338/628) dos casos e o gênero masculino 46,2% (290/628) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 36,2% (38/105) dos casos e o gênero masculino 63,8% (67/105) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 31,2% (196/628) e 61,0% (64/105) 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.

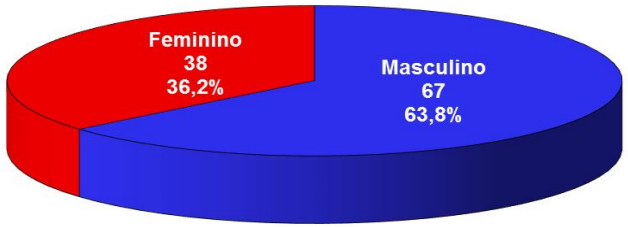
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, 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	33	14,4	83	23,4	3	13,6	7	31,8	126	20,1
5 a 9 anos	17	7,4	40	11,3	0	0,0	1	4,5	58	9,2
10 a 19 anos	13	5,7	24	6,8	0	0,0	2	9,1	39	6,2
20 a 29 anos	18	7,9	31	8,7	1	4,5	1	4,5	51	8
30 a 39 anos	21	9,2	22	6,2	5	22,7	4	18,2	52	8,3
40 a 49 anos	20	8,7	13	3,7	2	9,1	3	13,6	38	6,1
50 a 59 anos	46	20,1	19	5,4	2	9,1	1	4,5	68	10,8
≥ 60 anos	61	26,6	123	34,6	9	40,9	3	13,6	196	31,2
TOTAL	229	100	355	100	22	100	22	100	628	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, 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	6	10,3	0	0,0	0	0,0	6	5,7
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	5,2	0	0,0	0	0,0	3	2,9
20 a 29 anos	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
30 a 39 anos	2	4,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	3	2,9
40 a 49 anos	6	14,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	7	6,7
50 a 59 anos	15	34,9	2	3,4	1	33,3	0	0,0	18	17,1
≥ 60 anos	16	37,2	45	77,6	2	66,7	1	100,0	64	61,0
TOTAL	43	100,0	58	100,0	3	100,0	1	100	105	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,9% (458/628) 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 88,6% (93/105) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,6% (30/105) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 76,0% (983/1.294) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, diabetes mellitus e pneumopatias.

No Paraná dos 77,1% (81/105) 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 1.294 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 1.010 (78,1%) 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=628)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**458**	**72,9**	**174**	**38,0**
Adultos ≥ 60 anos	196	31,2	90	45,9
Pneumopatias crônicas	128	20,4	56	43,8
Crianças < 5 anos	126	20,1	36	28,6
Doença cardiovascular crônica	112	17,8	55	49,1
Diabetes mellitus	61	9,7	29	47,5
Gestantes	45	7,2	21	46,7
Doença neurológica crônica	42	6,7	21	50,0
Doença renal crônica	32	5,1	16	50,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	29	4,6	9	31,0
Obesidade	24	3,8	9	37,5
Doença hepática crônica	5	0,8	1	20,0
Síndrome de Down	4	0,6	3	75,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**459**	**73,1**		
Vacinados	**200**	**31,8**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, 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=105)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**93**	**88,6**	**30**	**32,3**
Adultos ≥ 60 anos	64	61,0	24	37,5
Pneumopatias crônicas	43	41,0	14	32,6
Doença cardiovascular crônica	42	40,0	15	35,7
Diabetes mellitus	25	23,8	11	44,0
Doença neurológica crônica	21	20,0	11	52,4
Doença renal crônica	18	17,1	10	55,6
Obesidade	9	8,6	2	22,2
Imunodeficiência/Imunodepressão	7	6,7	1	14,3
Crianças < 5 anos	6	5,7	2	33,3
Doença hepática crônica	5	4,8	1	20,0
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	**81**	**77,1**		
Vacinados	**30**	**28,6**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

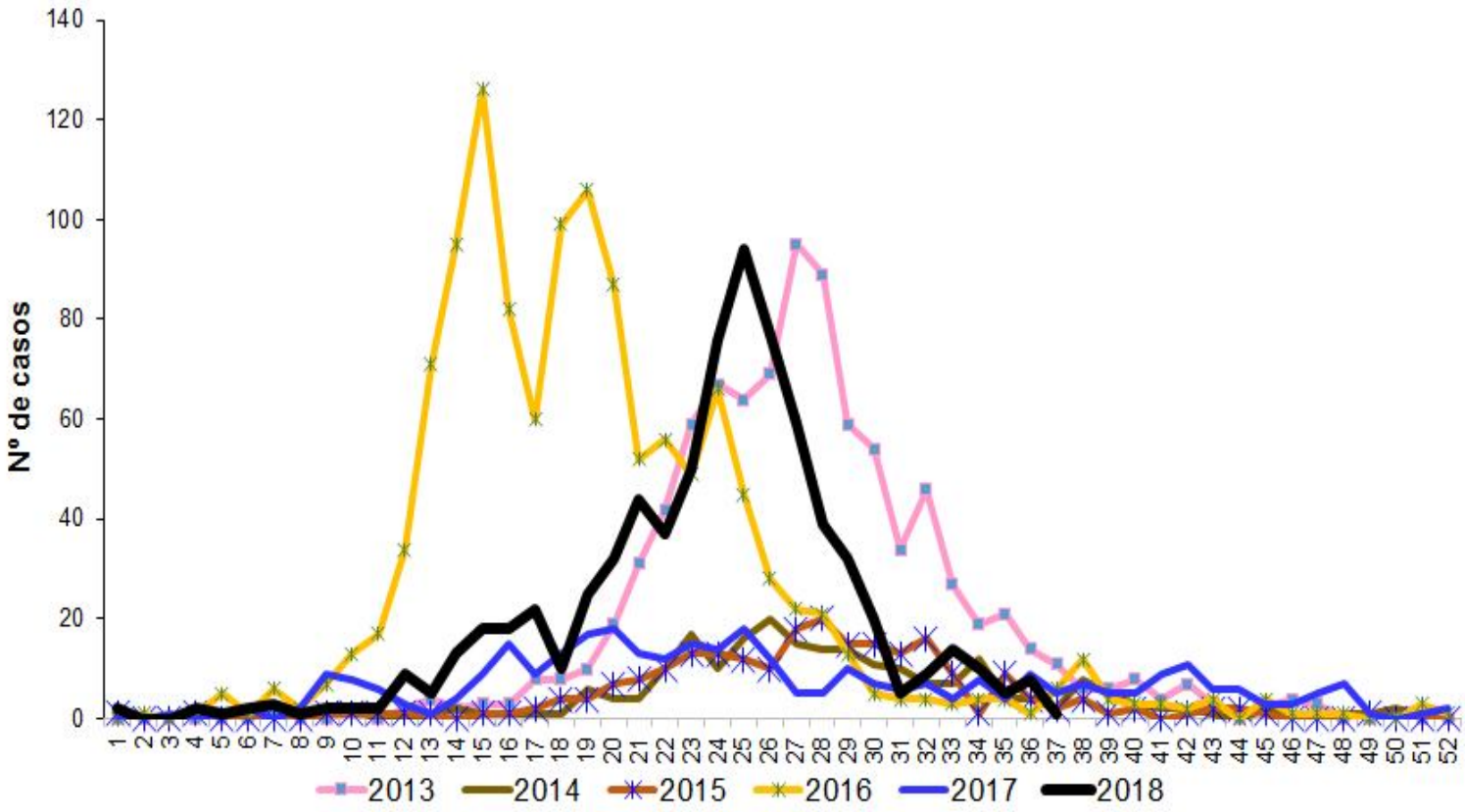
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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% (1087/1.223) 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 66,7% (36/54) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 56,5% (355/628) dos casos e, ocorrência de 55,2% (58/105) 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	229	43
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	36	355	58
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	22	3
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	22	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	628	105

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, 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 37 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.934 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.678 amostras.

Das amostras processadas, 48,1% (1.768/3.678) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 692 (18,8%) foram positivas para Influenza e 1.076 (29,3%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 203 (29,3%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 386 (55,8%) de Influenza A(H3) Sazonal, 12 (1,7%) de Influenza A (não subtipado) e 91 (13,2%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 542 (50,4%) amostras de Rinovírus (Gráfico 7).

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

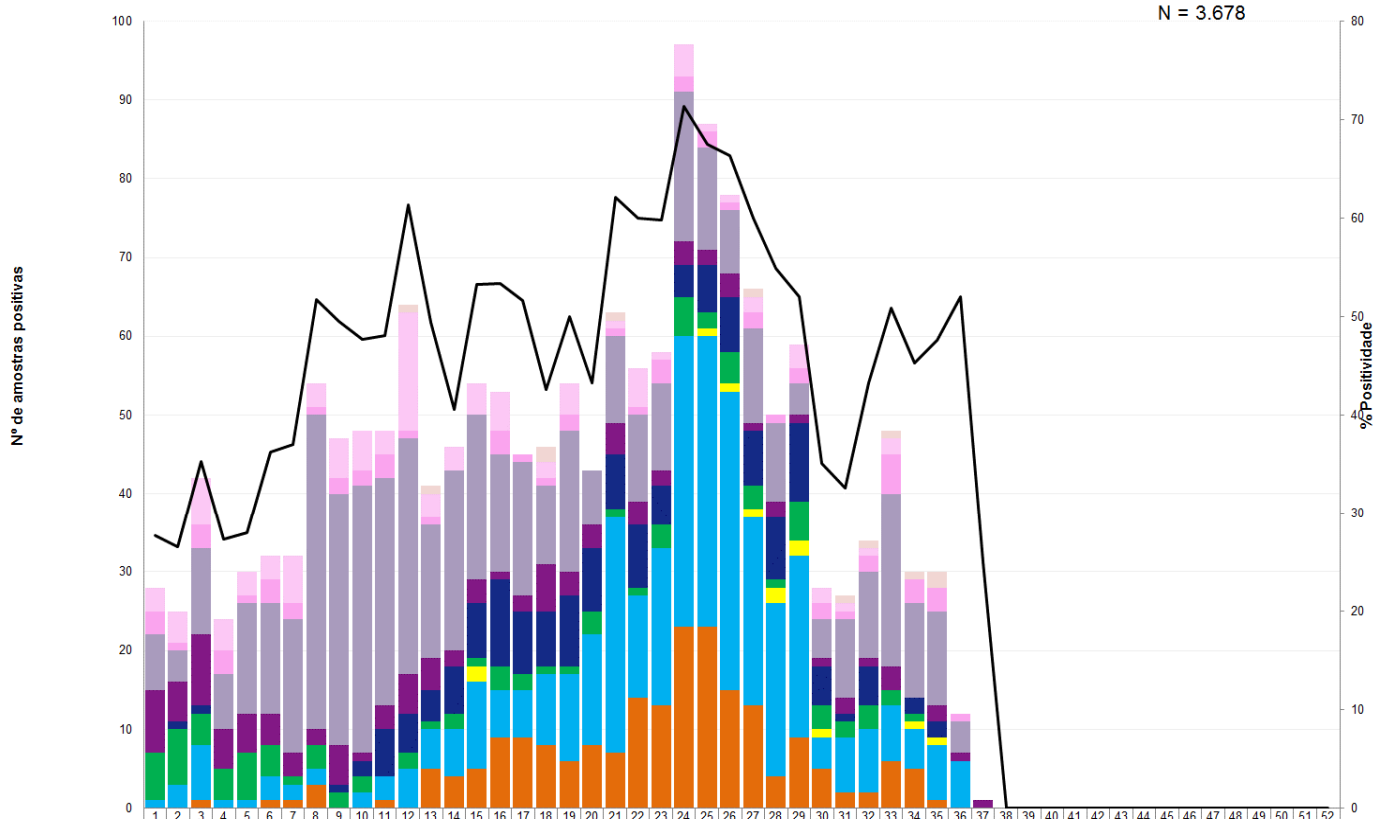
Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	21	10,3	27	7,0	1	8,3	2	2,2	51	7,4	537	13,7
5 a 9 anos	21	10,3	26	6,7	1	8,3	11	12,1	59	8,5	196	5,0
10 a 19 anos	25	12,3	87	22,5	0	0,0	22	24,2	134	19,4	543	13,8
20 a 29 anos	43	21,2	83	21,5	3	25,0	20	22,0	149	21,5	841	21,4
30 a 39 anos	33	16,3	64	16,6	2	16,7	16	17,6	115	16,6	580	14,7
40 a 49 anos	22	10,8	36	9,3	0	0,0	11	12,1	69	10,0	411	10,4
50 a 59 anos	15	7,4	28	7,3	5	41,7	5	5,5	53	7,7	357	9,1
≥ 60 anos	23	11,3	35	9,1	0	0,0	4	4,4	62	9,0	469	11,9
TOTAL	203	100,0	386	100	12	100,0	91	100	692	100	3.934	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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	1	1	1	1	2	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	5	3	3	1	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	11	22	12	12	4	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	2	1	3	0	2	1	1	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	2	2	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	0	0	0	1	1	1	2	2	1	0	0	0	1	1	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	5	7	6	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	23	23	15	13	4	9	5	2	2	6	5	1	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	51	45	48	52	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

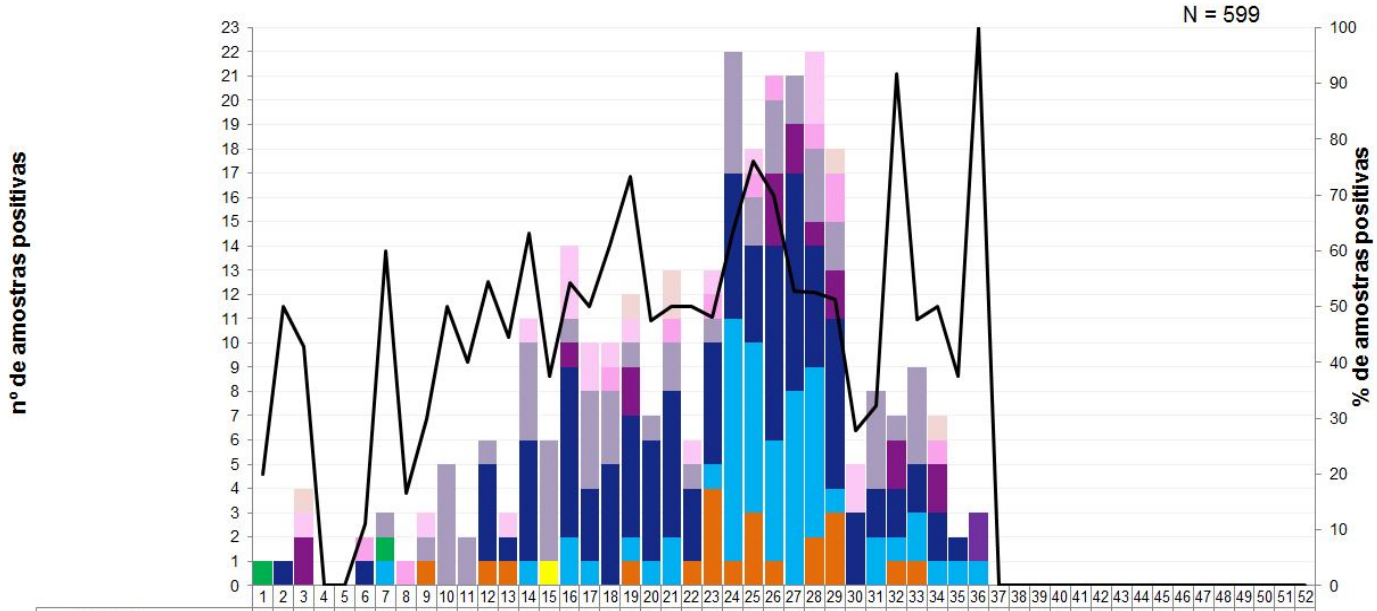
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 651 coletas, sendo 599 (92,0%) processadas. Dentre estas, 304 (50,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 21 (26,3%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 56 (70,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (1,3%) para Influenza A (não subtipado) , 2 (2,5%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 102 (45,5%) de VRS, 17 (7,6%) de Parainfluenza, 61 (27,2%) de Rinovírus, 19 (8,5%) de Metapneumovírus, 11 (4,9%) de Adenovírus, 6 (2,7%) 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	1	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	1	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	4	0	0	2	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	3	2	1	2	0	0	2	0	2	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	2	2	2	2	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	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	2	1	1	1	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	70	52	52	51	27	32	91	47	50	37	10	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/09/2018
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 39/2018

(23/09/2018 a 29/09/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 25/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Em Roraima, até o dia 24/09, foram notificados 507 casos suspeitos de sarampo, sendo 273 no município de Boa Vista, 107 em Amajarí, 60 em Pacaraima, 15 em Rorainópolis, 14 em Cantá, 06 em Caracaraí, 04 em Alto Alegre, 02 em Iracema, 02 em São Luiz do Anauá e em Caroebe, São João da Baliza e Uiramutã, um caso notificado em cada município. Entre os casos notificados, 21 casos foram atendidos no Brasil, mas residem na Venezuela, nos municípios de Gran Sabana (18), Ciudad Bolivar (01 caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso).

Do total de casos notificados, 83 foram descartados, 325 foram confirmados e 99 estão em investigação. Em relação aos 325 casos confirmados, 204 (62,8%) são venezuelanos, 119 (36,6%) 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 63 (53%) casos. Já na população venezuelana, o maior número de casos está concentrado na população de 1 a 9 anos de idade, representando 96 (47%) 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 (44%) são indígenas

No Estado do Amazonas, no período de 06 de fevereiro a 24 de setembro de 2018, foram notificados 9.904 casos, e destes 1.367 (13,8%) foram confirmados, 674 (6,8%) descartados e 7.863 (79,4%) permanecem em investigação. Até o momento, todos os casos confirmados são brasileiros, com genótipo identificado D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e na Venezuela. Dentre os 9.904 casos notificados de sarampo, 7.844 foram notificados em Manaus e 1.019 em Manacapuru, totalizando 89,5% dos casos. Os outros 1.041 casos notificados estão distribuídos em 45 municípios do Estado.

Dos 1.367 casos confirmados, 741 (54,2%) são do sexo masculino e as maiores concentrações estão nas faixas etárias de 6 meses a 4 anos, com 460 (33,7%) e de 15 a 29 anos, também com 460 (33,7%) casos. Em relação aos 7.863 casos que permanecem em investigação, 4.426 (56,3%) são do sexo masculino, estando o maior número de casos concentrados na população de 15 a 29 anos de idade, representando 3.932 (50%) casos.

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, sete Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 29 casos no Rio Grande do Sul, 18 no Rio de Janeiro, 14 no Pará, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, 03 em São Paulo e 02 em Rondônia, totalizando 1.766 casos confirmados de sarampo no Brasil.

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

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 01/10/2018
Fonte da informação: gauchazh.clicrbs.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O sarampo, que voltou a ser registrado no Rio Grande do Sul em março deste ano, segue circulando no Estado e em Porto Alegre. O boletim mais recente do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs), publicado na última semana, indica que o número de casos em 2018 subiu de 29 para 33 no Estado.

As quatro novas ocorrências são de Porto Alegre: a Capital concentra 26 registros. Outras três pessoas contraíram a doença em Viamão, duas em Alvorada, uma em Vacaria e uma em São Luiz Gonzaga. Todos os casos são importados ou associados à importação. Segundo o Cevs, 82% dos pacientes têm entre 15 e 29 anos, e 70% não se vacinaram ou não têm registro da vacinação.

Estas pessoas que não têm registro também conseguem se vacinar na rede pública. Elas são consideradas não vacinadas e, a partir daí, iniciam um esquema vacinal “do zero”. O sarampo é uma doença altamente contagiosa. Como a campanha já acabou, orientamos que as pessoas atualizem sua situação nos postos de saúde, especialmente os da faixa etária de adolescentes e adultos, que estão sendo os mais atingidos. A vacinação está disponível o ano todo — alerta Juliana Patzer, técnica da Vigilância Epidemiológica do Cevs.

Depois de ser prorrogada por duas vezes, a campanha de vacinação contra o sarampo e a poliomielite foi encerrada na sexta-feira (28/09) em Porto Alegre. Os dados são os piores dentre os maiores municípios gaúchos: a cobertura para a poliomielite ficou em 79,5% e, para o sarampo, em 78,5%. Entre as crianças de um ano, o percentual ficou ainda mais baixo: pouco mais de 60% para as duas doenças.

— A Capital está em alerta, porque é o município onde há maior circulação do sarampo. Nós estamos em constante contato com prefeitura para definir o que pode ser feito — explica a chefe da Divisão Epidemiológica do RS.

Nos próximos dias, o secretário de Saúde da Capital, Erno Harzheim, deve se reunir com técnicos do núcleo de imunizações para definir o que pode ser feito. A possibilidade de a campanha ser prorrogada, no entanto, é muito pequena, já que, no país, o prazo já se encerrou.

As duas estratégias consideradas essenciais pelo Cevs são manter a população vacinada e os profissionais de saúde atentos aos casos, com notificação imediata quando são identificados os sintomas em algum paciente. Quando há confirmação, a principal medida de controle da doença é fazer o chamado bloqueio vacinal seletivo, que é quando todas as pessoas que mantêm contato com o doente têm sua situação vacinal atualizada, com aplicação de vacina, se for o caso.

Brasil corre risco de perder o certificado de eliminação do sarampo

Considerado livre da doença desde 2016, o Brasil corre o risco de perder o certificado de eliminação do sarampo em fevereiro de 2019. O critério adotado para a transmissão sustentada é de que o surto se mantenha no país por 12 meses. Desde fevereiro até 24 de setembro, foram confirmados 1.766 casos de sarampo no país, sendo 1,3 mil no Amazonas.

Os principais sintomas do sarampo são febre e manchas na pele acompanhados de um ou mais dos seguintes: tosse, coriza ou conjuntivite.

A vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, passou a ser aplicada em 1997 e é indicada no calendário básico quando a criança completa um ano. Aos 15 meses, a criança deve ser imunizada com a vacina tetraviral, que protege contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela. A vacina está disponível na rede pública durante todo o ano.

No caso da poliomielite, a vacina é indicada para crianças menores de um ano em três doses: aos dois, aos quatro e aos seis meses de idade. Depois, a criança deve receber dois reforços da vacina oral, aos 15 meses e aos quatro anos. Não há casos desta doença confirmados no Rio Grande do Sul.

DENGUE

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 26/09/2018
Fonte da informação: agenciabrasil.ebc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de casos de dengue no estado de São Paulo passou de cerca de 4 mil, entre janeiro e agosto de 2017, para aproximadamente 8.900 no mesmo período deste ano, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretaria Estadual da Saúde.

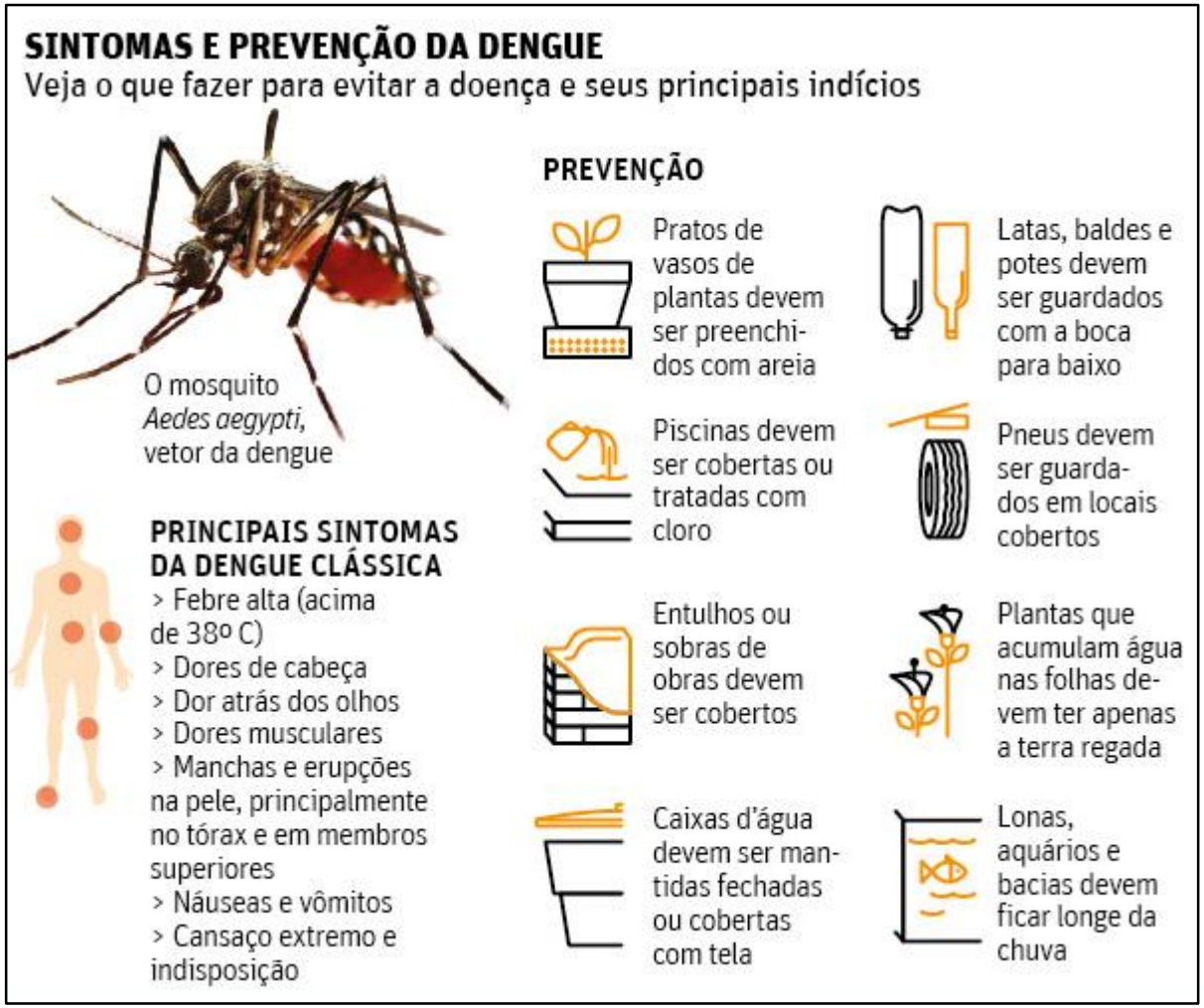
Apesar da alta expressiva, os casos de dengue mostram trajetória de queda ao longo dos últimos anos. Em 2015, houve 678.031 registros da doença e, em 2016, 162.947. No ano passado, o número de casos caiu para 6.269.

Diferentemente do que ocorre em São Paulo, nos demais estados, os casos de dengue vêm caindo desde o ano passado. Até 11 de agosto deste ano, foram notificados 193.898 casos, com redução de 5,1% em relação ao mesmo período de 2017.

Neste ano, a doença provocou 92 mortes, número inferior em 39% ao do mesmo período do ano passado.

Em nota, a Secretaria Estadual da Saúde informou que o trabalho de campo para combate ao mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, compete primordialmente aos municípios.

“A pasta auxilia permanentemente em ações, inclusive por meio da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), que presta apoio e orientações para desenvolvimento de estratégias, com base no monitoramento”, diz o texto.



Fonte: google.com.br

CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Mato Grosso do Sul
Data da informação: 01/10/2018
Fonte da informação: campograndenews.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O último boletim epidemiológico da Chikungunya divulgado pela SES (Secretária Estadual de Saúde) apontou que de janeiro a setembro, Mato Grosso do Sul notificou 547 casos da doença e confirmou 182, sendo 165 autóctones e 17 importados.

O número de resultados positivos é 279% maior, que o mesmo período em 2017, quando 308 casos haviam sido comunicados e 48 confirmados, sendo uma gestante.

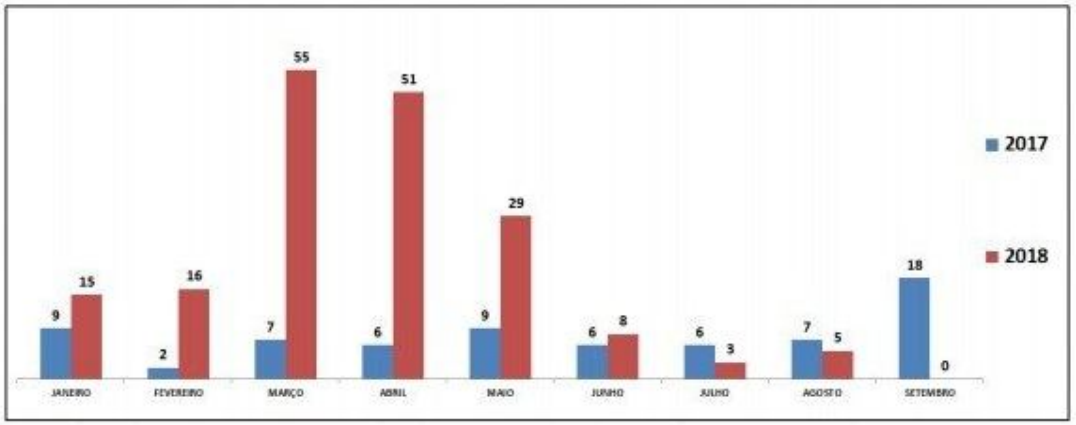
A reportagem do Campo Grande News comparou o levantamento de casos de dengue divulgados na 38ª semana de 2018, com o mesmo período de 2017.

Ainda segundo o boletim, Dourados enfrenta um surto desde a 11º semana epidemiológica, com diversos casos confirmados. Foram encontrados focos e realizadas ações por meio das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Os casos continuam monitorados.

A notificação - Para se tornar um caso suspeito, o paciente tem de apresentar febre de início súbito maior que 38,5°C e dor intensa nas articulações de início agudo, acompanhada ou não de inchaço.

Além disso, outro ponto avaliado é se o paciente é reside ou visitou áreas onde estejam ocorrendo casos suspeitos até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo com algum caso confirmado.

Casos confirmados (IMPORTADOS + AUTÓCTONES) de Febre do Chikungunya de acordo com o mês de início de sintomas, Mato Grosso do Sul 2017- 2018.



Fonte: SINAN ONLINE
***Dados até 26/09/2018**

(Foto: Divulgação)

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 01/10/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

Pesquisadores da Universidade de York identificaram genes em um parasita que podem ajudar os médicos a prever os resultados do tratamento medicamentoso para pacientes com leishmaniose visceral no Brasil.

Os resultados podem levar a um novo teste prognóstico que pode prever quais pacientes responderão bem ao tratamento medicamentoso e quais pacientes necessitam de soluções alternativas.

A leishmaniose é uma doença parasitária transmitida aos seres humanos pela picada do mosquito fêmea infectado. Com 50 mil a 90 mil novos casos em todo o mundo a cada ano, causa febre, perda de peso substancial, inchaço do baço e do fígado e anemia e pode ser fatal se não for tratada.

A equipe, em colaboração com a Universidade Federal de Glasgow, a Universidade Federal do Piauí e a Universidade Estadual de Montes Claros, constatou que a ausência de quatro genes particulares no parasita Leishmania infantum no Brasil o torna menos suscetível a um medicamento oral chamado miltefosina.

O parasita chegou pela primeira vez ao país vindo da Europa em 1600 e sofreu mutações e adaptações ao longo do tempo, tornando difícil prever quando responderá ao tratamento medicamentoso. Durante um ensaio clínico anterior feito com a medicação oral, 40% dos pacientes tiveram recaídas dentro de seis meses.

A presença dos genes no parasita na Índia, no entanto, significa que após um mês de tratamento, a doença pode ser curada com um menor risco de recaída.

Juliana Brambilla Carnielli, pesquisadora do Departamento de Biologia da Universidade de York, disse: "A miltefosina é o único tratamento oral disponível para a leishmaniose, mas devido à sua baixa eficácia no tratamento da leishmaniose visceral no Brasil, esta droga não é licenciada no país. Isso significa que os pacientes brasileiros dependem de medicações intravenosas, que requerem instalações médicas para seu uso".

"Por isso, é importante investigarmos o que estava tornando a droga oral menos eficaz no Brasil do que na Índia, onde ela tem sido amplamente utilizada", explicou em nota.

Pesquisadores investigaram os marcadores moleculares do parasita Leishmania para entender o que pode estar contribuindo para sua resistência natural à miltefosina.

A ausência dos genes correlaciona-se com a resistência ao remédio, o que significa que os pacientes brasileiros se beneficiariam de um exame de sangue capaz de detectar se estão portando o parasita resistente a medicamentos. Este exame de sangue está sendo desenvolvido pela equipe de pesquisa.

Jeremy Mottram, professor de Biologia de Patógenos no Centro de Imunologia e Infecção da Universidade de York, disse: "Este trabalho contribui para muitos estudos que estão sendo conduzidos em todo o mundo nesta doença negligenciada".

"A Índia, o Brasil, a África Oriental e algumas partes da Europa são afetados por esta doença em vários graus, por isso precisamos saber mais sobre como o parasita vive em seres humanos e como o parasita reage a várias drogas", continuou.

Em 2016, quando o Ministério da Saúde divulgou dados sobre a doença, 3.200 pacientes apresentaram a doença no Brasil e 265 pacientes morreram.

A próxima etapa do estudo seria um novo ensaio clínico em pacientes no Brasil que apresentassem um exame de sangue positivo para verificar se a realização de testes prognósticos precocemente na progressão da doença e a adaptação de medicamentos poderiam reduzir o número de pacientes com recaídas.

A Leishmaniose Visceral é uma doença infecciosa sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, anemia e outras manifestações. Se não tratada, pode levar a morte em 90% dos casos. Segundo o Ministério da Saúde, no ambiente urbano, os cães são a principal fonte de infecção para o vetor.

A transmissão acontece quando fêmeas dos mosquitos conhecidos como mosquito-palha picam cães ou outros animais infectados, e depois picam o homem, transmitindo o protozoário Leishmania chagasi.

O tratamento está disponível pelo Sistema Único de Saúde. Os medicamentos utilizados atualmente no Brasil não eliminam por completo o parasita nas pessoas e nos cães. No entanto, o homem não tem importância como reservatório da doença.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 17/09/2018
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 37 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 15/09/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 28,8% (3.838/13.311) para SG e de 38,8% (898/2.315) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 26,3% (6.339/24.142) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 29,4% (1.294/4.400) 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: 17/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

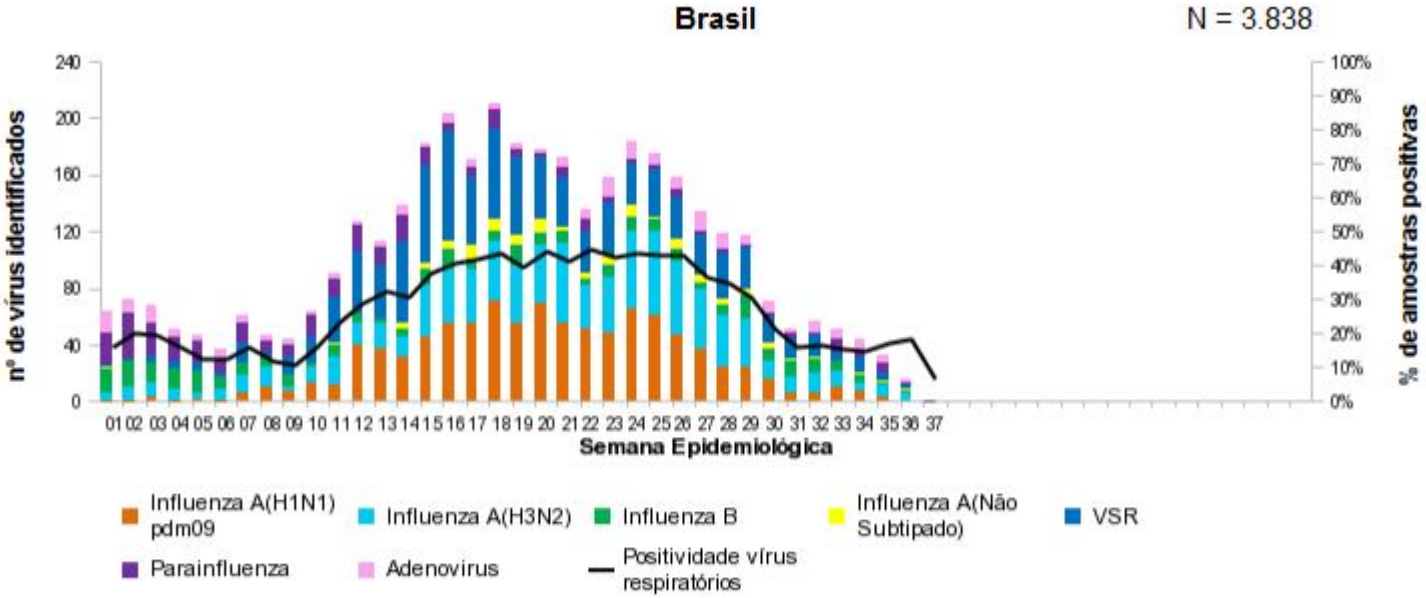
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 37 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 15.667 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 13.311 (85,0%) possuem resultados inseridos no sistema e 28,8% (3.838/13.311) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.289 (59,6%) foram positivos para influenza e 1.549 (40,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 993 (43,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 328 (14,3%) de influenza B, 107 (4,7%) de influenza A não subtipado e 861 (37,6%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 951 (61,4%) 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 37.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

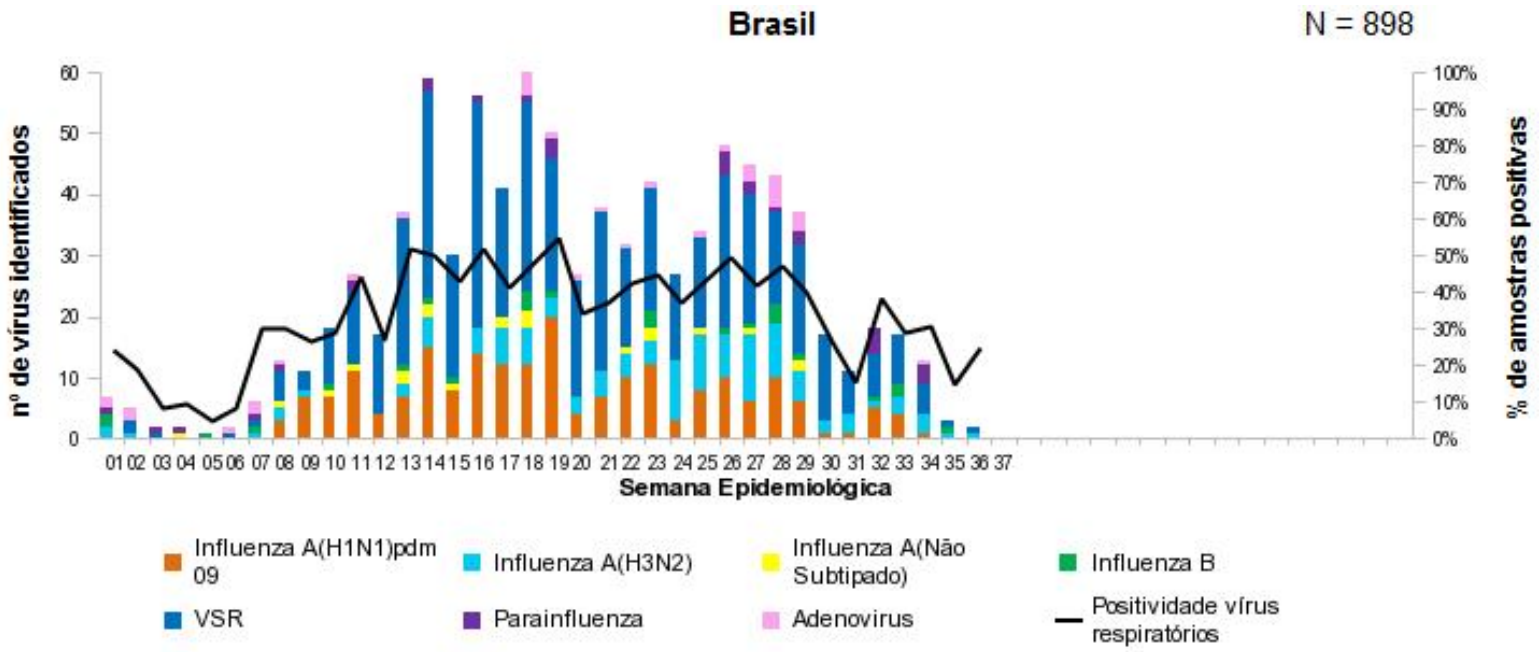
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.653 coletas, sendo 2.315 (87,3%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 898 (38,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 367 (40,9%) para influenza e 531 (59,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 208 (56,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 21 (5,7%) para influenza A não subtipado, 25 (6,8%) para influenza B e 113 (30,8%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 468 (88,1%) 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 37.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

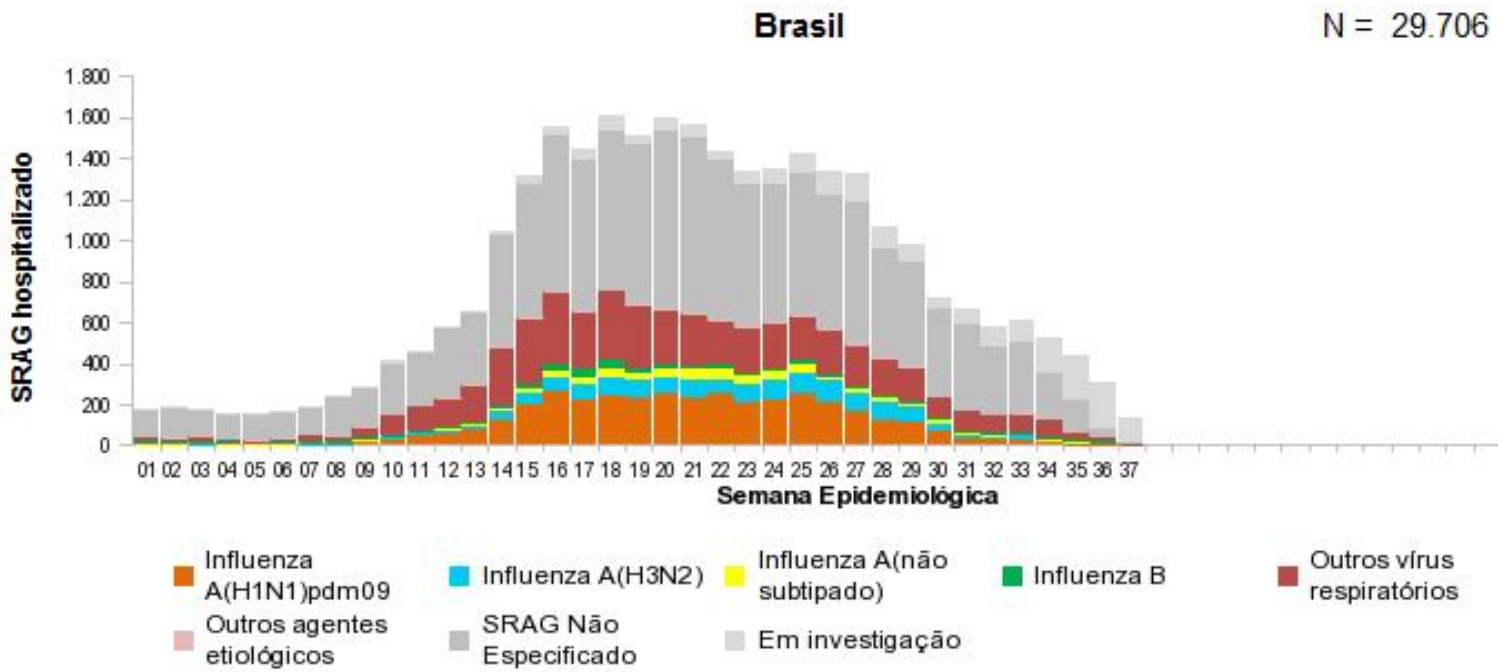
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 37 de 2018 foram notificados 29.706 casos de SRAG, sendo 24.142 (81,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 26,3% (6.339/24.142) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,1% (5.327/24.142) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.762 (59,3%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 621 (9,8%) influenza A não subtipado, 443 (7,0%) influenza B e 1.513 (23,9%) 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 46,4% (2.939/6.339).

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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

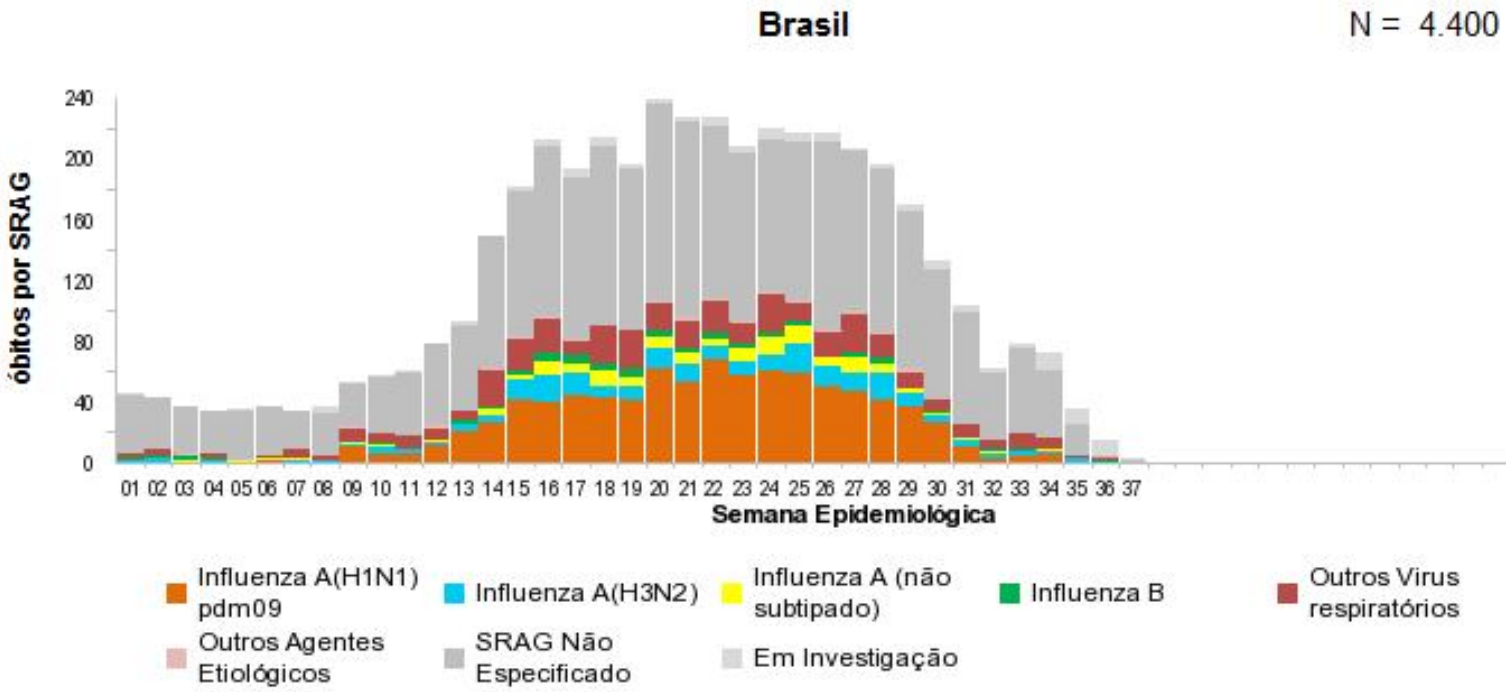
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 37 de 2018 foram notificados 4.400 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,8% (4.400/29.706) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.294 (29,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 862 (66,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (10,0%) influenza A não subtipado, 69 (5,3%) por influenza B e 234 (18,1%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,1% (545/1.294), 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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 17/09/2018
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 0,62/100.000 habitantes. Dos 1.294 indivíduos que foram a óbito por influenza, 983 (76,0%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus . Além disso, 1.010 (78,1%) 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.

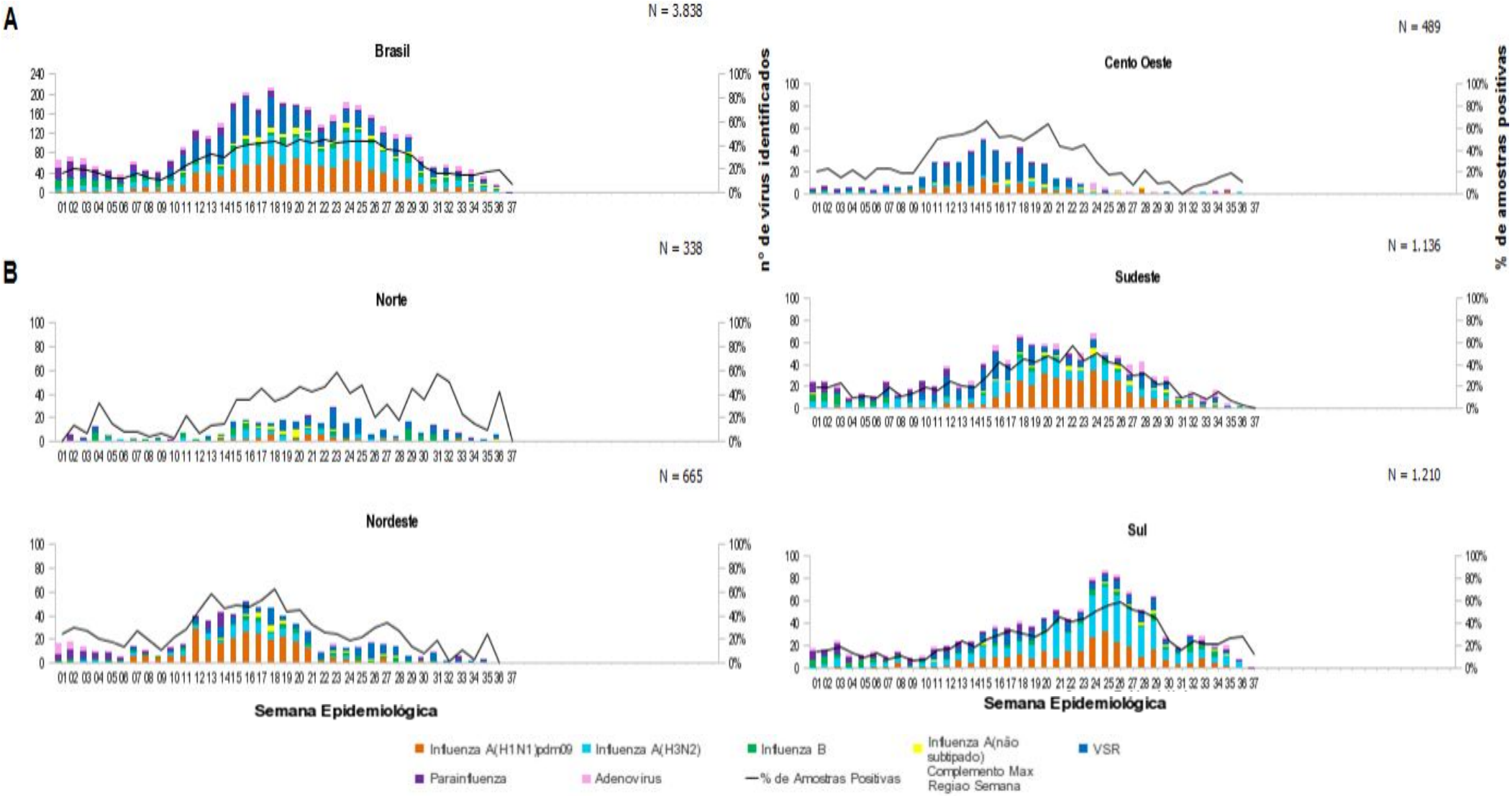
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 37.

Óbitos por Influenza (N = 1.294)	n	%
Com Fatores de Risco	**983**	**76,0%**
Adultos ≥ 60 anos	547	55,6%
Doença cardiovascular crônica	314	31,9%
Pneumopatias crônicas	237	24,1%
Diabete mellitus	232	23,6%
Obesidade	144	14,6%
Doença Neurológica crônica	102	10,4%
Doença Renal Crônica	96	9,8%
Imunodeficiência/Imunodepressão	82	8,3%
Gestante	16	1,6%
Doença Hepática crônica	26	2,6%
Criança < 5 anos	89	9,1%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	2	0,2%
Síndrome de Down	11	1,1%
Que utilizaram antiviral	**1.010**	**78,1%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, 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 37.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

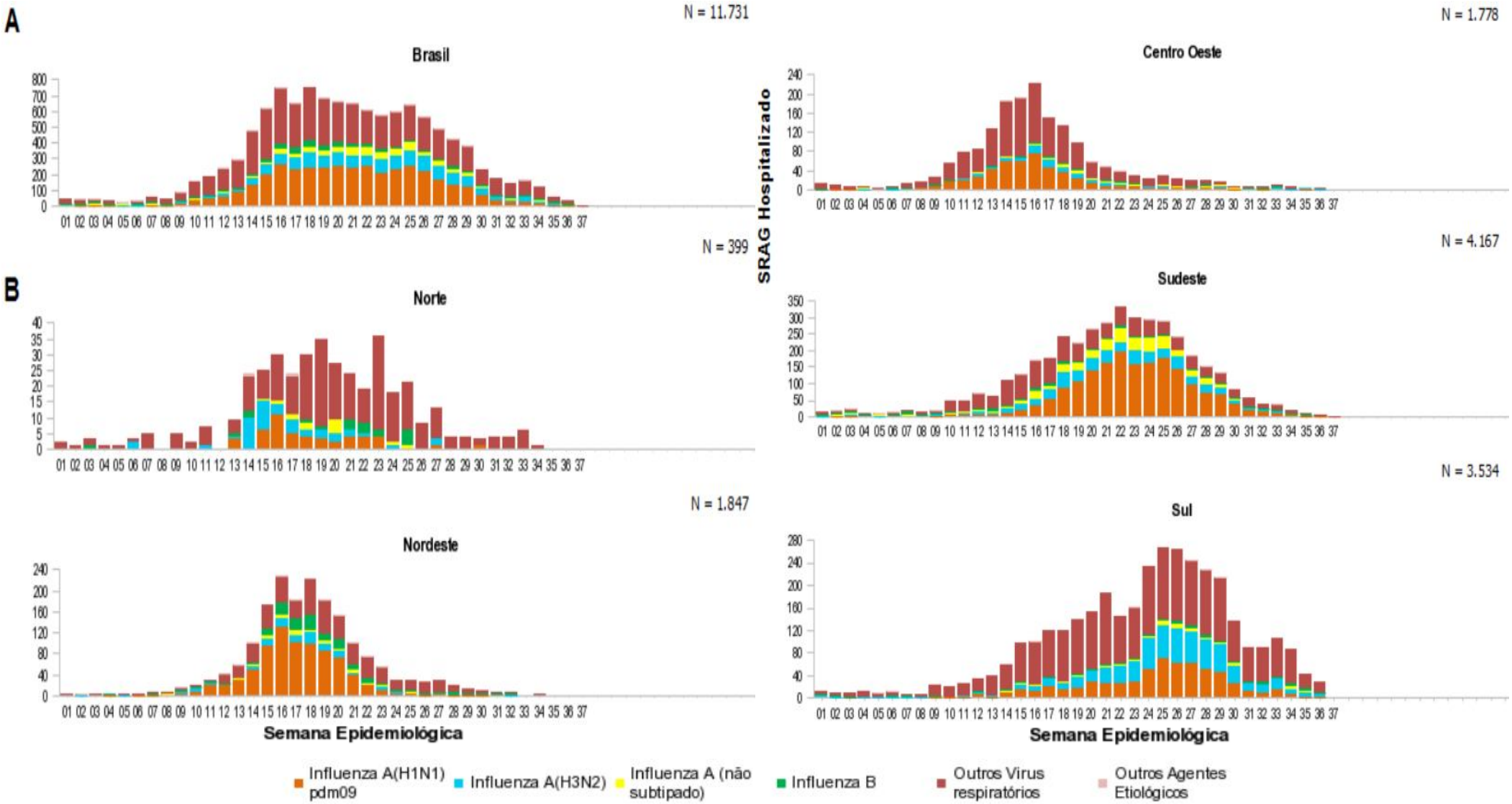
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 37.

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	**1.317**	**167**	**48**	**11**	**44**	**10**	**12**	**1**	**19**	**3**	**123**	**25**	**274**	**30**	**2**	**0**	**770**	**109**	**148**	**3**
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	59	12	5	0
ACRE	218	39	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	22	3	0	0	137	32	41	0
AMAZONAS	157	13	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	72	7	0	0	64	3	5	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	756	80	15	3	30	8	8	1	9	0	62	12	159	18	1	0	447	49	87	1
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	8	2	1	0
TOCANTINS	96	20	10	4	3	1	2	0	2	1	17	6	16	2	1	0	53	10	9	2
NORDESTE	**5.555**	**657**	**811**	**158**	**139**	**20**	**52**	**13**	**168**	**23**	**1.170**	**214**	**658**	**55**	**19**	**4**	**2.768**	**344**	**940**	**40**
MARANHÃO	184	34	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	71	21	58	2
PIAUÍ	373	52	135	19	1	0	2	1	2	0	140	20	57	4	2	1	159	27	15	0
CEARÁ	1.234	152	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	13	0	2	1	781	72	60	4
RIO GRANDE DO NORTE	267	64	41	11	18	0	8	3	14	1	81	15	26	2	0	0	103	38	57	9
PARAÍBA	220	80	17	10	10	3	0	0	5	2	32	15	12	4	0	0	152	57	24	4
PERNAMBUCO	1.500	74	92	15	47	8	0	0	7	1	146	24	3	0	1	0	715	35	635	15
ALAGOAS	115	24	17	2	3	0	8	3	3	0	31	5	2	0	5	1	74	17	3	1
SERGIPE	248	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	119	9	3	0
BAHIA	1.414	157	192	31	35	5	12	1	44	8	283	45	447	39	5	0	594	68	85	5
SUDESTE	**11.877**	**2.030**	**1.790**	**466**	**551**	**91**	**450**	**98**	**142**	**25**	**2.933**	**680**	**1.202**	**102**	**31**	**12**	**6.901**	**1.173**	**810**	**63**
MINAS GERAIS	1.755	343	76	30	73	17	97	37	8	4	254	88	136	21	7	1	1.239	222	119	11
ESPÍRITO SANTO	442	71	70	15	30	3	2	1	4	2	106	21	0	0	0	0	279	43	57	7
RIO DE JANEIRO	1.114	154	77	18	18	4	25	1	42	3	162	26	293	45	3	2	456	77	200	4
SÃO PAULO	8.566	1.462	1.567	403	430	67	326	59	88	16	2.411	545	773	36	21	9	4.927	831	434	41
SUL	**7.545**	**1.083**	**625**	**135**	**648**	**93**	**62**	**9**	**80**	**8**	**1.415**	**245**	**2.112**	**149**	**7**	**3**	**3.692**	**674**	**319**	**12**
PARANÁ	3.890	604	230	43	355	58	22	3	22	1	629	105	1.394	116	5	3	1.739	375	123	5
SANTA CATARINA	1.256	206	145	31	149	19	12	1	11	1	317	52	329	25	0	0	576	128	34	1
RIO GRANDE DO SUL	2.399	273	250	61	144	16	28	5	47	6	469	88	389	8	2	0	1.377	171	162	6
CENTRO OESTE	**3.392**	**458**	**486**	**91**	**129**	**20**	**45**	**8**	**33**	**10**	**693**	**129**	**1.079**	**68**	**6**	**3**	**1.518**	**247**	**96**	**11**
MATO GROSSO DO SUL	852	102	49	11	62	11	21	4	10	4	142	30	291	13	2	0	392	57	25	2
MATO GROSSO	286	82	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	6	3	1	1	187	62	28	1
GOIÁS	1.434	227	343	67	37	5	9	1	7	2	396	75	396	44	3	2	609	98	30	8
DISTRITO FEDERAL	820	47	58	6	17	2	11	1	5	0	91	9	386	8	0	0	330	30	13	0
BRASIL	**29.686**	**4.395**	**3.760**	**861**	**1.511**	**234**	**621**	**129**	**442**	**69**	**6.334**	**1.293**	**5.325**	**404**	**65**	**22**	**15.649**	**2.547**	**2.313**	**129**
Outro País	**19**	**5**	**2**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**5**	**1**	**2**	**1**	**0**	**0**	**10**	**3**	**2**	**0**
TOTAL	**29.706**	**4.400**	**3.762**	**862**	**1.513**	**234**	**621**	**129**	**443**	**69**	**6.339**	**1.294**	**5.327**	**405**	**65**	**22**	**15.660**	**2.550**	**2.315**	**129**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

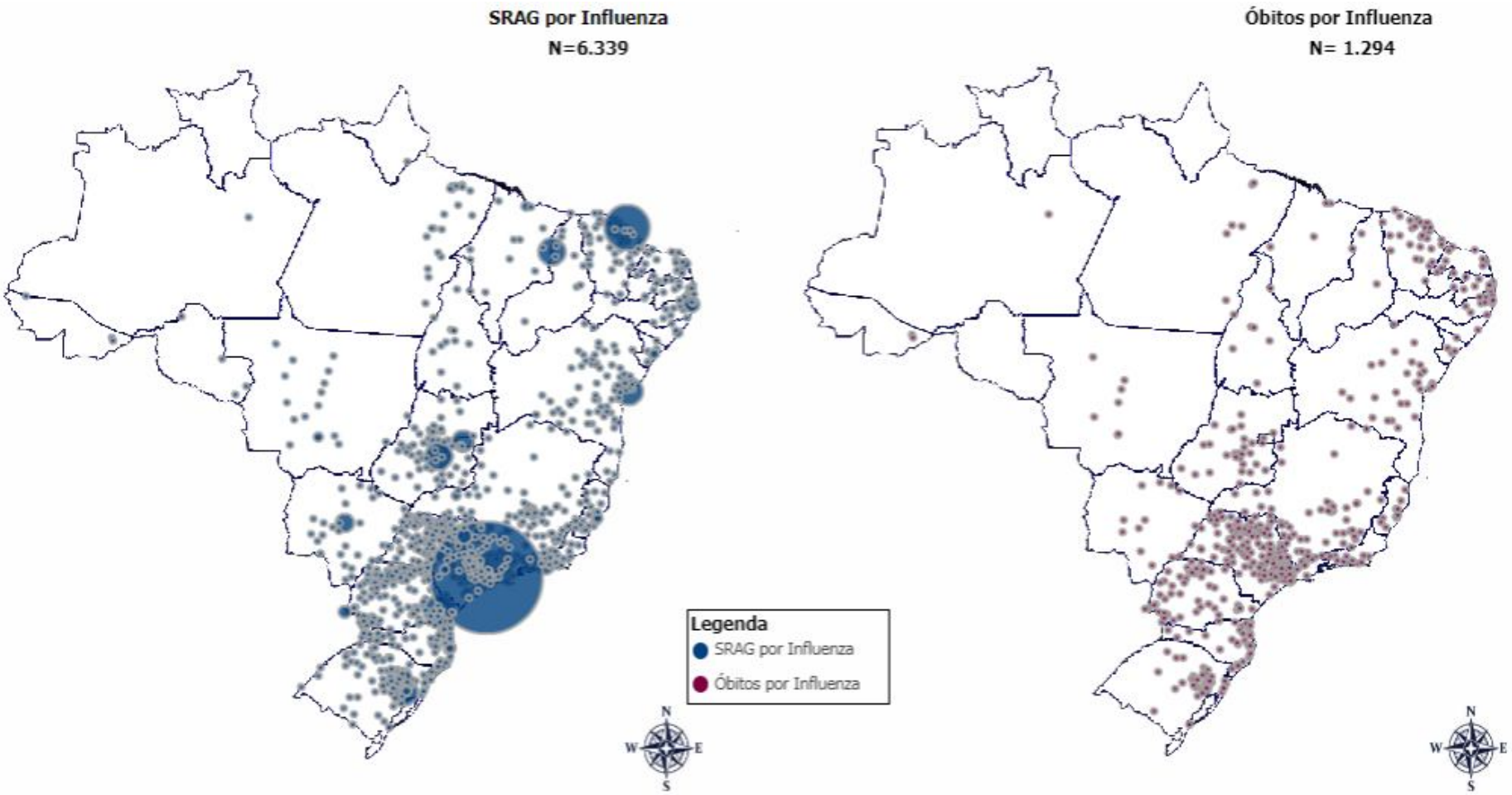
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, 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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 39/2018

(23/09/2018 a 29/09/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

TERREMOTO / TSUNAMI

Local de ocorrência: Indonésia
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de mortos após o terremoto de magnitude 7,5 seguido de tsunami na ilha de Sulawesi, na Indonésia, subiu para 1.234, indicaram as autoridades na terça-feira (2/10). As buscas por sobreviventes prosseguem em Palu e em Donggala, as duas cidades mais atingidas pela tragédia.

O porta-voz da Agência Nacional de Gestão de Desastres (BNPB, sigla em indonésio), Sutopo Purwo Nugroho, afirmou, na capital Jacarta, que há 799 pessoas feridas gravemente internadas em vários hospitais. A catástrofe ainda deixou 59 mil deslocados.

Dois terremotos - de magnitudes 5,9 e 6 - abalaram na manhã de terça a região da ilha de Sumba, que fica a centenas de quilômetros de Palu, segundo o Instituto Geológico dos Estados Unidos (USGS). Até o momento não houve novos alertas de tsunami para a região.

O balanço de vítimas cresce à medida em que os socorristas avançam e começam a ter acesso às regiões mais remotas, como o distrito de Sigi Biromaru, a sudeste de Palu, cidade mais atingida pelos tremores e pelo tsunami de sexta-feira (28/09).

O número de mortos aumentou porque as equipes de resgate entraram em áreas que estavam inacessíveis desde sexta. No entanto, o porta-voz admitiu que ainda há áreas onde o acesso está difícil.

Palu é a capital da província de Sulawesi, tem uma população de aproximadamente 350 mil pessoas, e é vizinha do distrito de Donggala, com 277 mil habitantes. Elas são as regiões consideradas as mais afetadas pelo terremoto e tsunami.

O coronel afirmou que gasolina e água potável estão chegando à ilha, embora ainda de forma insuficiente para as necessidades de dezenas de milhares de vítimas que perderam tudo. Equipes também trabalham para restabelecer os serviços de energia elétrica e telecomunicações, além de reabrir as estradas.

O presidente indonésio, Joko Widodo, autorizou a ajuda internacional de urgência, e as autoridades declararam estado de emergência de 14 dias.

O Escritório para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) da ONU calcula que 191 mil pessoas precisam de ajuda urgente, incluindo 46 mil crianças e 14 mil idosos.

Sutopo informou que 26 países e duas organizações internacionais oferecem assistência, mas não forneceu dados das ONGs que colaboram na busca e atendimento das vítimas.

O envio de material de ajuda à região é muito complicado: estradas estão bloqueadas, e os aeroportos, muito danificados.

A ONG Oxfam prevê o envio de ajuda a, potencialmente, 100 mil pessoas, com destaque para alimentos instantâneos, equipamentos de purificação de água e barracas, anunciou Ancilla Bere, diretora da organização na Indonésia.

Socorristas indonésios descobriram os corpos de 34 estudantes de Teologia em uma igreja na ilha de Sulawesi, soterrada por um deslizamento de terra, anunciou na terça uma porta-voz da Cruz Vermelha local.

Em um primeiro momento, as autoridades reuniram os corpos em necrotérios improvisados para poder identificá-los. Diante do risco sanitário, decidiram organizar enterros em massa.

Em Poboya, na colinas que cercam Palu, voluntários começaram a enterrar as vítimas em uma gigantesca fossa comum, com capacidade para 1,3 mil corpos.

Três caminhões lotados de cadáveres chegaram ao local. Os corpos foram colocados na fossa, um por um, e cobertos com terra.

Em Balaroa, bairro da periferia de Palu com uma zona residencial, os danos foram catastróficos. A área se transformou em um terreno baldio coberto por árvores derrubadas, blocos de cimento, pedaços de telhados e móveis destruídos.

Em um cenário de devastação, as equipes de resgate lutam contra o tempo para encontrar sobreviventes e retirá-los dos escombros.

Muitos moradores procuram os parentes desaparecidos nos hospitais, ou necrotérios improvisados.

O terremoto de sexta no país, de magnitude 7,5, foi mais potente do que os tremores que deixaram mais de 500 mortos e 1.500 feridos na ilha indonésia de Lombok em agosto passado.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Libéria
Data da informação: 27/09/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O Instituto Nacional de Saúde Pública da Libéria (NPHIL), em colaboração com o Ministério da Saúde (MS) e seus parceiros, está investigando um caso suspeito de febre amarela no condado de Grand Kru.

De acordo com um comunicado divulgado em Monrovia, o caso suspeito é uma menina de 2 anos de idade de Farina Town, Barclayville Health District. Não houve morte e novo caso foi relatado. O caso suspeito foi gerenciado e está com boa saúde.

Amostras de sangue foram coletadas e enviadas para o Laboratório Nacional de Referência em Saúde Pública (NPHRL) para confirmação. De acordo com o comunicado, a autoridade de saúde do condado está realizando busca ativa de casos, avaliação de riscos e planejamento de um possível exercício de vacinação, pendente de resultado laboratorial.

Desde janeiro de 2018, este é o segundo caso suspeito relatado pelo Condado de Grand Kru. A primeira foi uma mulher de 29 anos do distrito de Dorbor.

Não houve nenhum caso confirmado de febre amarela no país desde a campanha nacional de vacinação preventiva de 2009. A publicação também observou que um total de 94 casos suspeitos de febre amarela foram registrados em todo o país desde o início de 2018.

A febre amarela é uma doença hemorrágica viral aguda transmitida por mosquitos infectados. Os sintomas da febre amarela incluem febre, dor de cabeça, icterícia, dores musculares, náuseas, vômitos e fadiga. As comunidades foram aconselhadas a relatar mortes inexplicadas para enterros seguros e dignos como medidas para prevenir a infecção. As atividades de envolvimento e resposta da comunidade foram intensificadas na área.

Enquanto isso, o público é aconselhado a tomar as seguintes medidas de saúde pública:

Mantenha seu ambiente limpo;

Visite um centro de saúde imediatamente quando sentir os sintomas da febre amarela.

A febre amarela não é transmitida através do toque do corpo ou do fluido corporal.

MENINGITE

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 28/09/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O departamento de saúde pública do condado declarou um surto de doença meningocócica na Universidade Estadual de San Diego [SDSU] em 28 de setembro, citando 3 casos entre universitários desde junho de 2018.

Anunciando a decisão em Montezuma Hall pouco antes do almoço, as autoridades disseram que todos os 3 estudantes foram infectados pelo tipo "B" da bactéria meningocócica que pode causar meningite, uma inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Até agora, nenhuma das infecções foi fatal, e as autoridades enfatizaram que a declaração de um surto foi feita com cautela e sem pânico.

"Nós realmente entendemos o quão assustador é para os nossos alunos e pais ouvirem a palavra 'surto' ... Não é hora de ficar alarmados. É hora de entender o que você pode fazer para se proteger", disse a Dra. Cynthia Cornelius, médica diretora de serviços de saúde estudantil para a universidade.

O caso mais recente na SDSU veio quando um homem que morava no campus começou a sentir sintomas em [25 de setembro de 2018]. No início de setembro, o condado e a universidade anunciaram que uma aluna que morava no campus havia sido hospitalizada após ser infectada. O condado também forneceu informações sobre um terceiro estudante não mencionado antes que morava fora do campus e ficou doente em junho [2018]. Ao contrário dos dois casos em setembro de 2018, o terceiro estudante morava fora do campus. Ela não freqüentou as aulas enquanto estava doente, disseram as autoridades, porque sua doença ocorreu durante as férias de verão.

Dr. Sayone Thihalolipavan, vice-oficial de saúde pública do condado, não falou muito sobre as condições de saúde dos três estudantes, mas indicou que eles não estão atualmente em perigo crítico. "Vou apenas dizer que eles estão bem", disse Thihalolipavan.

O condado e a universidade estão recomendando que todos os universitários com menos de 24 anos de idade sejam vacinados contra a doença meningocócica tipo B. Por que apenas esse grupo específico e não todos os alunos, professores e funcionários do campus? O médico disse que outros surtos do tipo B em outros campi nos Estados Unidos nunca geraram um caso com mais de 22 anos. "Em geral, foram adolescentes e adultos jovens", disse Thihalolipavan.

Embora as pessoas nessa faixa etária recebam rotineiramente uma vacina que as imuniza contra 4 tipos diferentes de infecção meningocócica, o tipo B não está na mistura. Uma vacina específica que cobre apenas as bactérias do tipo B é necessária para a imunidade. Funcionários do Estado de San Diego anunciaram [sex 28 set 2018] que realizarão um evento adicional de vacinação no campus no início da próxima semana (semana de 1º de outubro de 2018) para oferecer vacinas a qualquer pessoa que ainda não tenha sido imunizada.

A vacinação não evita infecções que já estão presentes, e uma pessoa cujas passagens nasais foram colonizadas pelas bactérias pode não ficar doente imediatamente. Cerca de 10% das pessoas carregam bactérias meningocócicas em suas passagens nasais, mas nunca ficam doentes. Mas quando as bactérias se movem do trato respiratório de uma pessoa para a corrente sanguínea, a infecção pode se tornar fatal muito rapidamente.

Autoridades pediram que toda a população do campus mantenha os olhos abertos para os sintomas da doença meningocócica, incluindo febre, dor de cabeça intensa, letargia, rigidez no pescoço e uma erupção cutânea que não empalidece sob pressão.

O departamento de saúde rastreia rotineiramente todos os contatos conhecidos de qualquer pessoa que tenha uma doença grave transmissível. Esse trabalho, disse Thihalolipavan, já foi feito para os três casos da SDSU, e o condado já dosou proativamente cerca de 1800 pessoas que poderiam ter sido expostas com antibióticos. Antibióticos proativos, quando administrados com rapidez suficiente após a exposição, podem prevenir a infecção por doença meningocócica.

Ele disse que a investigação do condado ainda não descobriu qualquer ligação epidemiológica significativa entre os 3 [casos da SDSU]. "Nenhum dos casos é conhecido um do outro que conhecemos. Não estamos cientes de nenhum dos três indivíduos saindo ou compartilhando alguma coisa ou comendo juntos", disse Thihalolipavan.

DENGUE / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Europa

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

Américas e Caribe

Chikungunya:

Bolívia: Até 11 de setembro de 2018, a Bolívia registrou 78 casos confirmados. Houve um caso adicional desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018. Para o mesmo período de 2017, a Bolívia registrou 22 casos.

Brasil: Até 25 de agosto de 2018, o Brasil registrou 50.356 casos confirmados. Isto representa um aumento de 9.515 casos confirmados desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018. Entre os casos confirmados, o Ministério da Saúde relatou 22 mortes devido a chikungunya. Para o mesmo período de 2017, foram registradas 186 mortes. O número de casos relatados em 2018 é substancialmente menor do que no mesmo período de 2016 e 2017.

Colômbia: Até 12 de agosto de 2018, a Colômbia registrou 441 casos de chikungunya. Entre esses casos, 82 são casos confirmados por laboratório e oito são suspeitos. Isso representa um aumento de 47 casos suspeitos desde a atualização anterior em 24 de agosto de 2018.

Costa Rica: Até 9 de setembro de 2018, a Costa Rica registrou 106 casos suspeitos de chikungunya. Isso representa um aumento de 29 casos suspeitos desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018.

El Salvador: Até 16 de setembro de 2018, El Salvador registrou 265 casos suspeitos. Isso representa um aumento de 43 casos suspeitos desde a atualização anterior em 24 de agosto de 2018. Para o mesmo período de 2017, El Salvador relatou 451 casos suspeitos.

México: Até 9 de setembro de 2018, o México informou 20 casos confirmados de chikungunya, um aumento de dois desde a atualização anterior em 24 de agosto de 2018. Para o mesmo período de 2017, o México registrou 24 casos confirmados.

Nicarágua: Até 16 de setembro de 2018, a Nicarágua registrou 224 casos suspeitos. Isso é 66,3% menos casos do que em 2017. Além disso, 26 casos foram confirmados para o mesmo período na Nicarágua. Isso representa um aumento de 40 casos suspeitos desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018. Para o mesmo período de 2017, a Nicarágua registrou 22 casos confirmados.

Paraguai: Até 9 de setembro de 2018, o Paraguai registrou 1.162 prováveis casos de chikungunya. Além disso, o Paraguai registrou 67 casos confirmados nos Departamentos Central, Amambay, Guairá e Paraguarí. Isso representa um aumento de três casos prováveis desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018.

Dengue:

Até 15 de setembro de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 358.000 casos suspeitos e confirmados de dengue em toda a região das Américas. Este é um aumento de 40.000 casos desde a última atualização do ECDC em 24 de agosto 2018. O Brasil responde por mais da metade dos casos (198.800), seguido pela Nicarágua (32.400), México (29.600), Paraguai (28.800) e Colômbia (24.900). Comparado com os números do ano passado, o Brasil segue a mesma tendência.

Ásia

Chikungunya

Tailândia: Até 13 de setembro de 2018, a Tailândia registrou 342 casos de nove províncias. Isto representa um aumento de 141 casos desde a atualização anterior em 24 de agosto de 2018.

Dengue:

Na Ásia, os seguintes países relataram uma tendência crescente em comparação com o ano passado:

A **Tailândia** comunicou 36.955 casos até 1º de setembro de 2018, o que representa um aumento de 8.815 casos desde a atualização em 24 de agosto de 2018 e um aumento de aproximadamente 15.000 casos em comparação com o mesmo período do ano passado.

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

O **Camboja** comunicou 5.436 casos suspeitos de dengue em 2018, até 18 de agosto de 2018. Isto representa um aumento de 2.479 casos desde a atualização em 24 de agosto de 2018 e aproximadamente 3.000 casos adicionais em comparação com o ano passado.

Taiwan registrou 129 casos autóctones até 22 de setembro de 2018. No ano passado, no mesmo período, três casos autóctones foram relatados na ilha.

Bangladesh registrou 2.100 casos em todo o país até 24 de setembro de 2018. Este é um aumento de três vezes em comparação com o ano passado.

Os seguintes países relataram uma tendência decrescente de dengue em comparação com o mesmo período de 2017:

Laos relatou 3.586 casos de dengue em 11 de agosto de 2018.

A **Malásia** registrou 53.814 casos de dengue em 24 de setembro de 2018.

O **Sri Lanka** comunicou 38.784 casos de dengue em 25 de setembro de 2018, em comparação com 150.000 casos no mesmo período de 2017.

Vietnã: Segundo a OMS, o Vietnã comunicou 39.692 casos até 4 de agosto de 2018, em comparação com 90.000 casos para o mesmo período em 2017.

Cingapura registrou 2.062 casos em 24 de setembro de 2018. Os números estão em linha com os relatados em 2017 para o mesmo período.

Várias fontes da mídia relataram casos na Índia, Mianmar, Paquistão e Filipinas, mas nenhum número oficial foi divulgado.

África

Chikungunya

Quênia: Até 31 de agosto de 2018, a OMS considera o surto de chikungunya sob controle no país. Os últimos casos relatados no Quênia foram em 24 de junho de 2018. Desde o início do surto em dezembro de 2017 até junho de 2018, o Quênia registrou 1.465 casos de chikungunya sem mortes. Entre esses casos, 50 foram confirmados em laboratório.

Sudão: Em setembro de 2018, fontes da mídia citando o Ministério da Saúde relataram um surto de casos de chikungunya no estado de Kassala na fronteira com a Eritreia. Até o momento, 11 mil casos foram registrados, incluindo sete mortes.

Dengue:

Não há atualizações sobre a Tanzânia e Etiópia.

Senegal: Até 24 de setembro de 2018, relatos da mídia citando autoridades de saúde relataram seis casos confirmados. Um surto começou na região de Fatick. Em 2017, as autoridades de saúde senegalesas reportaram 79 casos.

As Seicheles comunicaram 124 casos confirmados em 2 de setembro de 2018. O número de casos confirmados está em declínio desde o início do surto em 2015. Os sorotipos DENV-1, DENV-2 e DENV-3 estão circulando.

Reunião relatou 6.573 casos autóctones de dengue na ilha em 2018 até 9 de setembro de 2018. Este é um aumento de 97 casos desde a atualização anterior, em 24 de agosto de 2018. Os casos começaram a diminuir nas últimas três semanas, aproximadamente 30 casos por semana. A área mais afetada continua a ser a parte ocidental da ilha. O serótipo circulante é DENV-2.

Austrália e o Pacífico

Chikungunya: Não foram comunicados surtos desde o relatório anterior, em 24 de agosto de 2018.

Dengue:

A **Austrália** relatou 492 casos de dengue até 28 de agosto de 2018. Menos casos de dengue foram relatados até o momento em comparação com 2013 a 2017.

A **Nova Caledônia** relatou 1.792 casos confirmados de dengue até 3 de agosto de 2018. O número de casos está mostrando uma tendência descendente. O DENV-2 é o sorotipo circulante predominante.

Segundo a Rede de Vigilância Sanitária do Pacífico e as autoridades de saúde locais, existem surtos de DENV-1 em circulação em Wallis e Futuna (194 casos autóctones), Taiti, Bora Bora, Ra'iatea, Moorea, Nuku Hiva e Rangiroa. DENV-2 circula na Samoa Americana, Kiribati e Tonga.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 27/09/2018
Fonte da informação: bbc.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As autoridades europeias monitoram de perto o dramático aumento no número de pessoas contagiadas pela "febre do Nilo Ocidental", em meio ao que já está sendo considerado o surto mais mortífero do vírus na região nos últimos anos.

Segundo dados do Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças, esta febre, geralmente transmitida por mosquitos, já afetou 1.505 pessoas e causou 115 mortes neste ano.

A Itália, com 35 mortes pelo vírus, é o país onde a febre do Nilo está sendo mais letal. Em seguida, aparecem a Sérvia, com 29 vítimas, a Romênia (25), a Grécia (24), a Hungria (1) e Kosovo (1).

Já há quatro vezes mais mortos que os 26 contabilizados em 2017. O número de infectados, por sua vez, se multiplicou por cinco em relação aos 288 casos relatados no ano passado.

No fim de agosto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou que o número de casos em países do sul da Europa e da Europa central estava crescendo "pronunciadamente" em comparação com os anos anteriores, e o Centro Europeu para a Prevenção e Controle de Enfermidades classificou o aumento de casos de "dramático".

No Brasil, a febre do Nilo não é comum. Mas, em junho, o Espírito Santo registrou o primeiro caso contágio de cavalos com o vírus e passou a ficar em estado de atenção para a possível contaminação de humanos.

O Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica, que é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), informou que os cavalos foram contaminados em abril de 2018, no Norte do estado, e depois morreram vítimas da doença.

Amostras coletadas dos animais foram analisadas pelo Instituto Evandro Chagas e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O resultado foi positivo para febre do Nilo Ocidental.

Especialistas apontam as condições climáticas como a causa principal do repentino aumento de casos da doença e da antecipação da temporada de transmissão na Europa, que normalmente dura de junho a novembro.

"A temporada deste ano se caracterizou por altas temperaturas e períodos de chuvas prolongadas, seguidos por tempo seco. Essas condições climáticas propiciaram a reprodução e propagação do mosquito que transmite o vírus", indicou um comunicado da OMS.

Os especialistas ainda alertam para o risco de que o aquecimento global provoque a chegada de vetores tropicais à Europa, propagando doenças pouco comuns em regiões mais frias.

Segundo Jan Semenza, diretor do Centro Europeu para a Prevenção e Controle de Enfermidades, "em temperaturas elevadas, os mosquitos se reproduzem mais rapidamente. Com maior população de mosquitos, o potencial epidêmico do vírus é maior. Estamos vendo mais e mais episódios climáticos extremos", disse ele ao jornal britânico The Guardian.

Os especialistas temem que as mudanças de temperatura provoquem a chegada de doenças como dengue, zika e chikungunya.

Além das condições climáticas, há outros fatores que influenciam a propagação de vírus, como o aumento do turismo e viagens internacionais, que podem levar doenças tropicais a áreas onde elas normalmente não existiriam.

"Isso significa que devemos tomar mais cuidados. Se alguém retorna do exterior à Europa e tem o vírus no sangue, o mosquito pode picá-la e transmitir a doença a outras pessoas", disse Semenza.

A febre do Nilo Ocidental é transmitida aos humanos principalmente por mosquitos infectados após picar aves que carregam o vírus. Não existe vacina contra a doença, que é causada por um vírus do gênero flavivírus.

O vírus foi identificado pela primeira vez em 1937, quando uma mulher foi infectada em Uganda. Atualmente, ele predomina na África, Europa, Oriente Médio, América do Norte e Ásia ocidental.

Ainda que possa causar a morte, afetando o sistema nervoso, quase 80% das pessoas infectadas não apresentam sintomas, que incluem febre, dor de cabeça, cansaço, dor no corpo, náuseas, vômitos e, às vezes, erupções cutâneas no tronco e inflamação dos gânglios linfáticos.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 25/09/2018
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: Afeganistão - duas novas amostras ambientais positivas para o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); Paquistão - cinco novas amostras ambientais positivas para WPV1; Nigéria - três casos de poliovírus tipo 2 derivados da vacina circulantes (cVDPV2) e duas amostras ambientais positivas para cVDPV2; Níger - dois casos de cVDPV2; Corno de África (Somália) - três casos cVDPV3 e uma amostra ambiental positiva cVDPV3; e, Papua Nova Guiné - dois novos casos de cVDPV1. Veja as seções do país abaixo para mais detalhes.

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	18	53	11	49	22	96
- in endemic countries	18	11	11	0	22	0
- in non-endemic countries	0	42	0	49	0	96

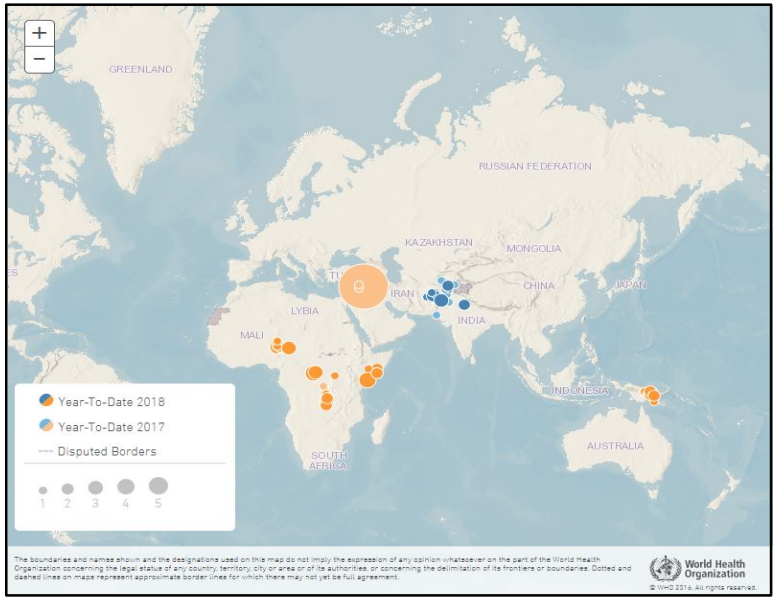
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2107		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	14	0	6	0	14	0	11-Aug-2018	NA
Rep Dem Congo	0	15	0	9	0	22	NA	5-Aug-2018
Niger	0	2	0	0	0	0	NA	8-Aug-2018
Nigeria	0	11	0	0	0	0	NA	25-Aug-2018
Paquistão	4	0	5	0	8	0	1-Aug-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	14	0	0	0	0	NA	13-Aug-2018
Somália	0	11	0	0	0	0	NA	30-Jul-2018
Síria	0	0	0	40	0	74	NA	21-Sep-2017

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 1º de outubro de 2018



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

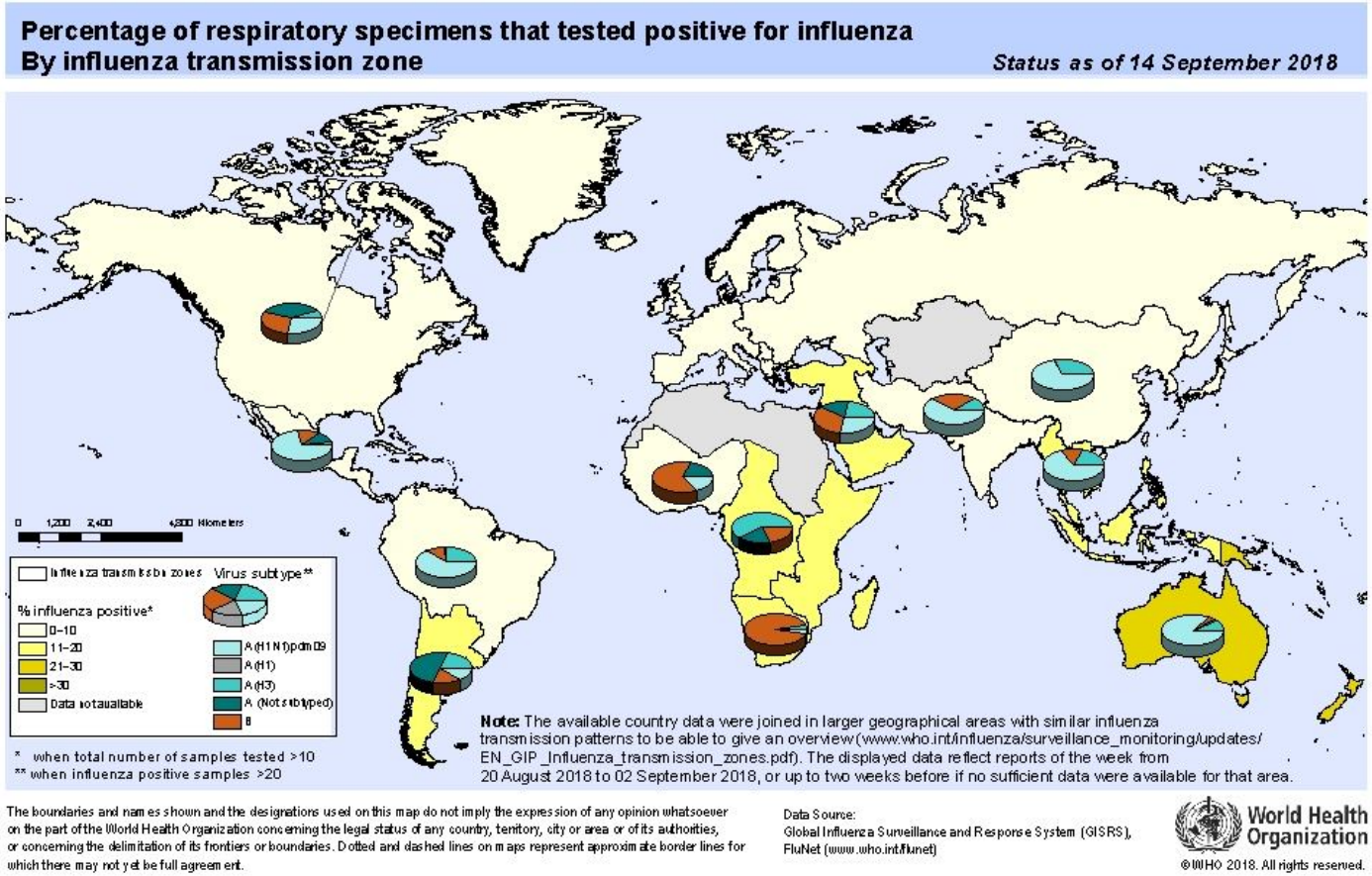
INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 17/09/2018
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 diminuiu 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. A diminuição da atividade da influenza foi relatada na maioria dos 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 81 países, áreas ou territórios informaram dados à FluNet para o período de 20 de agosto de 2018 a 02 de setembro de 2018 (dados em 2018-09-14 04:22:09 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 47.128 espécimes durante esse período de tempo. 1.934 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 1.597 (82,6%) foram tipificados como influenza A e 337 (17,4%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 761 (64,9%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 412 (35,1%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 81 (66,9%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 40 (33,1%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

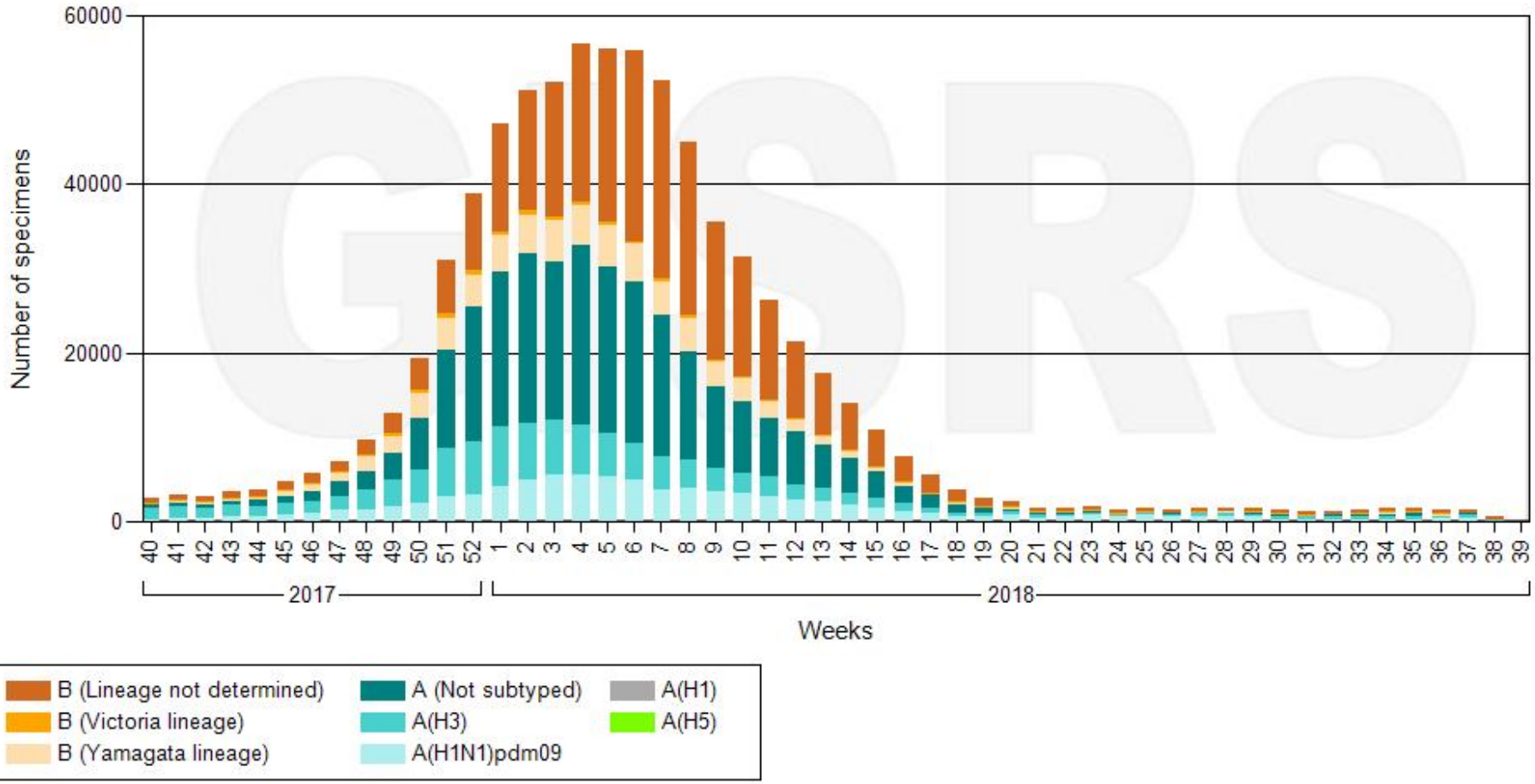
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 01/10/2018 16:54:23 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

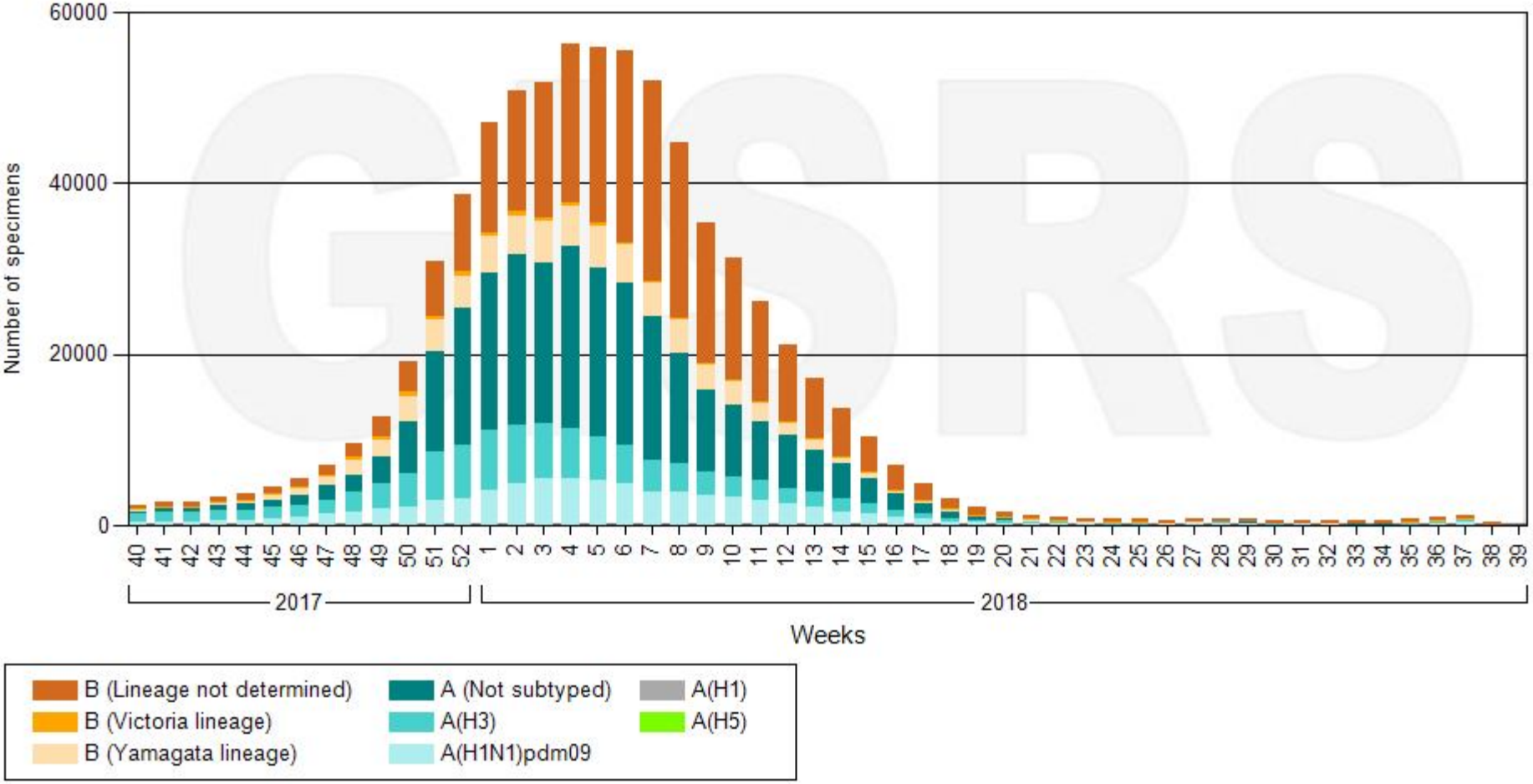
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 01/10/2018 16:55:32 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

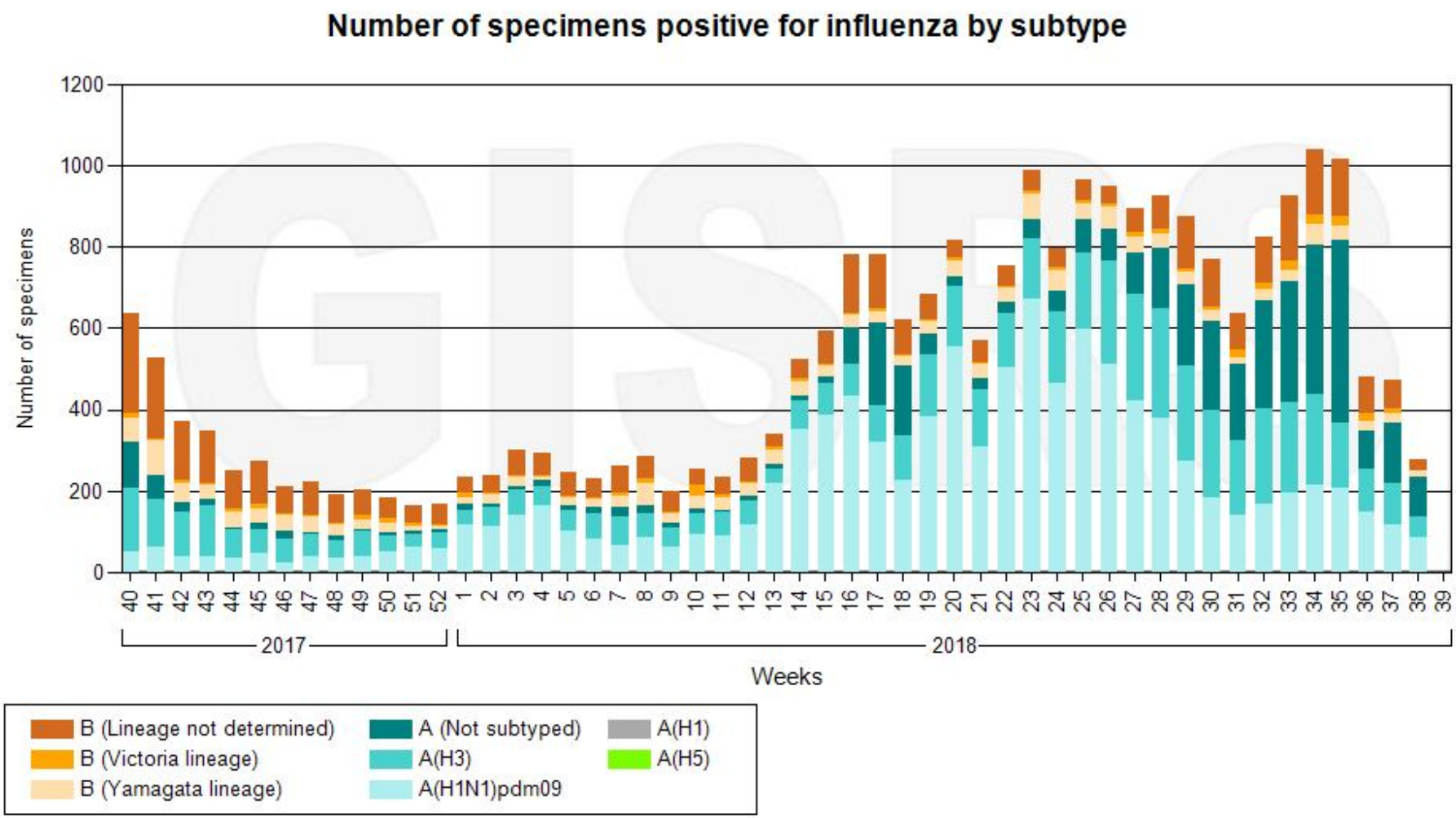
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 01/10/2018 16:56:12 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere



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

© World Health Organization 2018

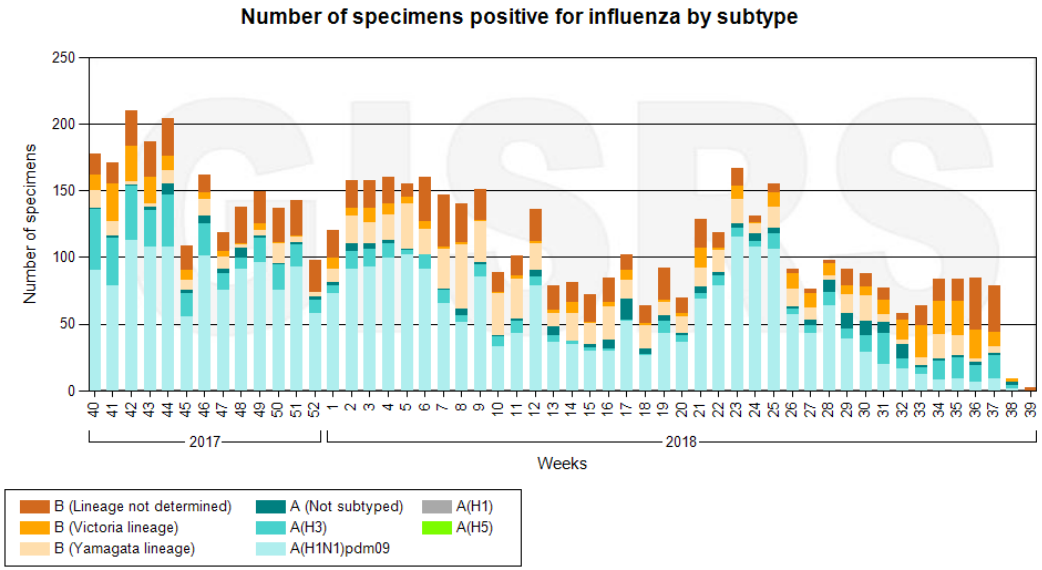
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 16:57:14 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

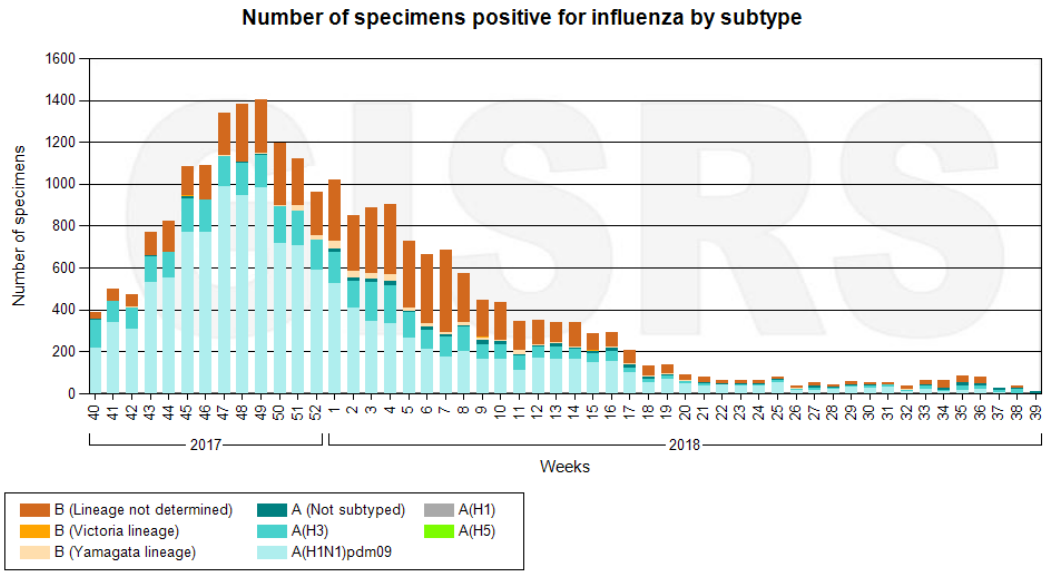
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 16:57:56 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

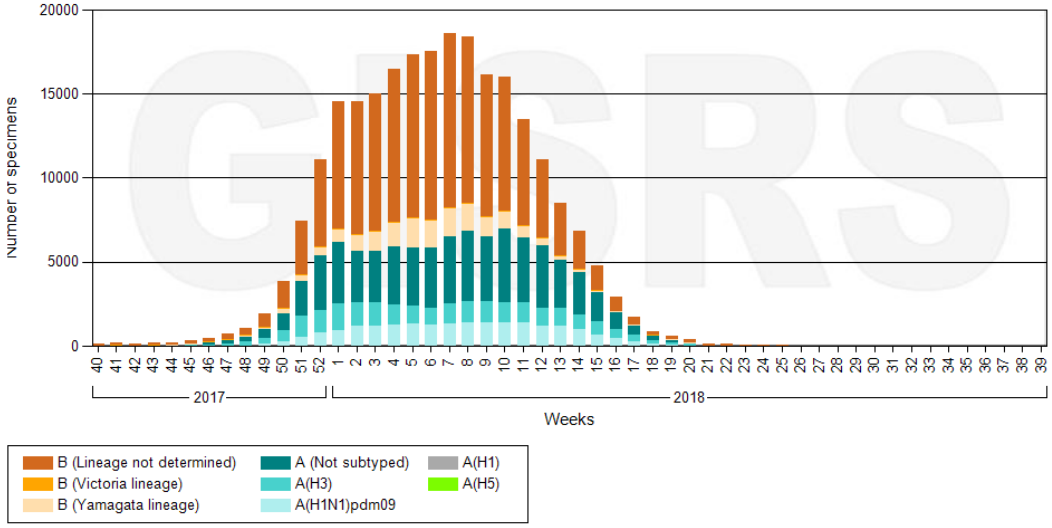
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 16:58:43 UTC

World Health Organization

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

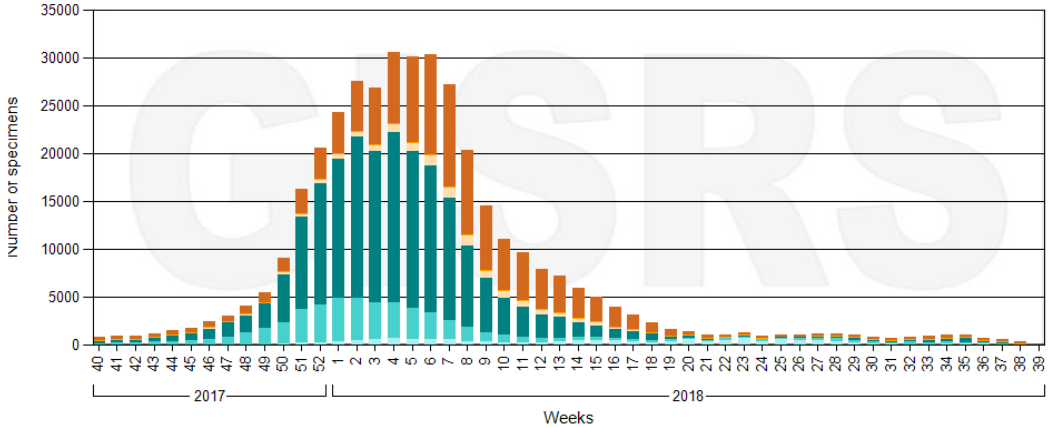
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 16:59:26 UTC

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

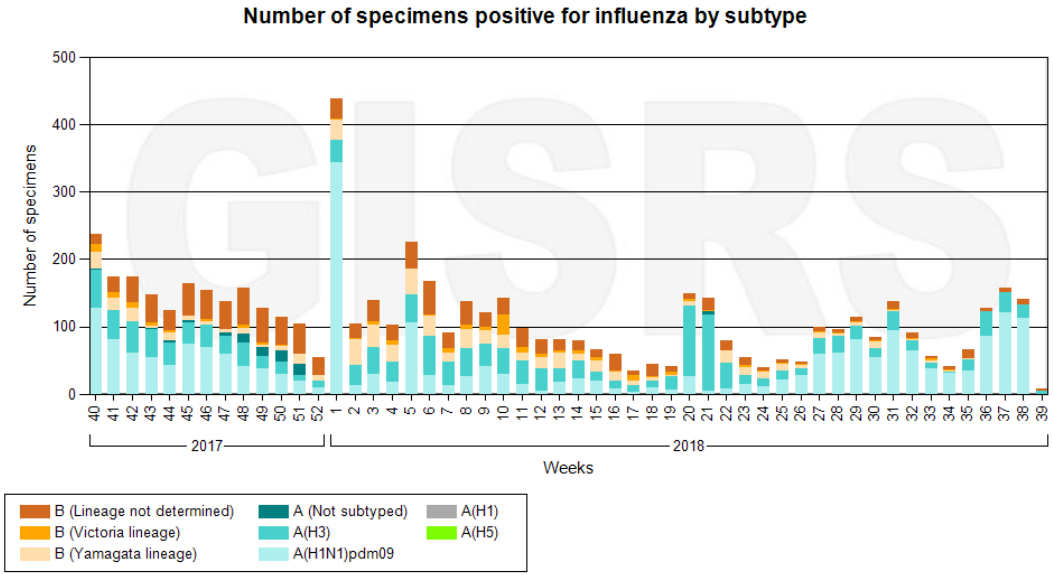
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 17:00:17 UTC

World Health Organization

South-East Asia Region of WHO



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

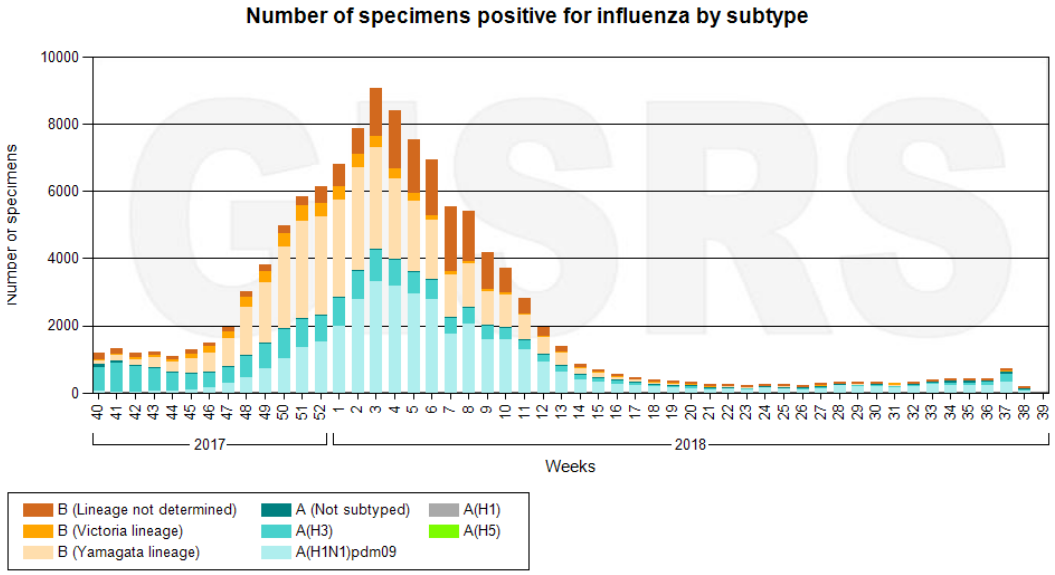
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 01/10/2018 17:00:57 UTC

Western Pacific Region of WHO



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