

Boletim Informativo

Secretaria de Vigilância em Saúde Influenza - Semana Epidemiológica (SE) 26 (30/06/2012)

No Brasil, o número de casos de influenza aumenta no período mais frio do ano, principalmente maio a agosto, meses onde há crescimento no conjunto das doenças respiratórias.

O Ministério da Saúde reforça a importância da adoção do tratamento oportuno dos casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e dos casos de Síndrome Gripal (SG) com fatores de risco associados, segundo definição de caso do “Protocolo de Tratamento de Influenza – 2011”, **independente de qualquer solicitação de exame**. Para atingir sua eficácia máxima, o antiviral deve ser iniciado nas primeiras 48 horas após o início da doença. Entretanto, mesmo ultrapassado esse período o Ministério da Saúde indica a prescrição do medicamento.

Na Síndrome Gripal, **em casos excepcionais e com base no julgamento clínico**, o tratamento antiviral pode ser considerado para pacientes ambulatoriais sem fatores de risco, desde que o tratamento possa ser iniciado nas primeiras 48 horas do início da doença. Para maiores informações, consulte o Protocolo publicado no Boletim Epidemiológico (Volume 43 de março de 2012) disponível no site www.saude.gov.br.

Para facilitar a prescrição do medicamento Oseltamivir, o Ministério da Saúde informa que por determinação da Anvisa, segundo RDC 39 de 09/07/2012, este medicamento foi retirado da Lista C1 da RDC Nº 70 de 23/12/2009 que trata de “outras substâncias sujeitas a controle especial”. Desse modo, não será mais exigido o controle especial em duas vias e o Oseltamivir passa a ser prescrito como os demais medicamentos em receita simples. Portanto, reforça-se a importância do tratamento oportuno como orientado no “Protocolo de Tratamento de Influenza – 2011”.

Desde novembro de 2011, o Ministério da Saúde adota novas medidas para o aperfeiçoamento da vigilância de influenza no Brasil. Este processo ampliou a capacidade de monitoramento da ocorrência de Síndrome Gripal (SG) e de detecção de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que foram hospitalizados, incluídos os casos mais graves de influenza. Entre as ações destaca-se a melhora no acesso ao medicamento em todo o Brasil e a ampliação da estratégia de vigilância sentinelas.

Em 2012, os casos de gripe e os óbitos por essa doença têm sido notificados e investigados de forma ampla pelas equipes de vigilância das Unidades Federadas (UF). Este fato aumentou a prioridade para ações de controle e prevenção de influenza, com melhora da sensibilidade do sistema e da identificação dos vírus circulantes.

Com base nas informações epidemiológicas, diferentemente do ano de 2011, ocorre um predomínio de circulação dos vírus influenza pós-pandêmico - A(H1N1)pdm09 - e do vírus sazonal - A(H3N2). Além desses vírus há co-circulação de outros agentes responsáveis pelas doenças respiratórias, por exemplo, vírus, bactérias e fungos. Este padrão é similar ao observado em outros países.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), mesmo com o fim da pandemia de influenza, o vírus A(H1N1)pdm09 continua circulando em todos os continentes gerando casos e surtos localizados. Esse padrão pode ser justificado pelo número de pessoas que já estão protegidas contra esse vírus, seja pela infecção natural ou pelas campanhas de vacinação. Não há alteração do padrão clínico-epidemiológico dos casos ou mutação importante que confira resistência ao vírus. O número de casos de doenças respiratórias graves está dentro do esperado para essa época do ano no Brasil, de acordo com a série histórica de vigilância de influenza.

CONTEXTO INTERNACIONAL

Segundo os dados da OMS e OPAS, destaca-se que:

- Com o encerramento da sazonalidade no hemisfério norte, observa-se que a atividade do vírus influenza foi branda e já declinou.
- Alguns países da Europa relatam excesso de mortalidade entre ≥ 65 anos e coincide com a transmissão local de A(H3N2) que foi o vírus predominante em vários países daquele continente.
- Nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá, apesar do predomínio dos vírus A(H3N2) e Influenza B, respectivamente, ocorreram surtos regionalizados em outras partes do país pelo vírus pós-pandêmico A(H1N1)pdm09 no Texas/EUA e A(H3N2) no oeste do Canadá. Esta observação reforça a importância do monitoramento da circulação viral para todos os vírus e não somente para o A(H1N1)pdm09.
- No México houve predomínio do Vírus A(H1N1)pdm09 sem alteração no perfil clínico-epidemiológico e virológico.
- No Canadá observa-se que o A(H1N1)pdm09 continua a afetar grupos etários mais jovens de modo desproporcional. Esse padrão permanece sem alteração nos últimos anos.
- Na América Central e Caribe houve predomínio dos vírus A(H1N1)pdm09, Influenza B, Adenovírus e Vírus Sincicial Respiratório (VSR).
- Devido à entrada do frio, observa-se em alguns países da América do Sul o aumento da atividade de infecções respiratórias agudas nas últimas semanas, dentro do esperado para essa época do ano. Os países dessa região notificaram a co-circulação dos vírus Influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3), Influenza B e VSR.
- Na Bolívia, Paraguai e Uruguai observa-se a predominância do vírus A(H1N1)pdm09 entre os casos de SRGA.
- Na Argentina houve predomínio do vírus sincicial respiratório e não foi observada a circulação do A(H1N1)pdm09.

Fontes:

- **OPAS:** http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18196&Itemid=
- **OMS:** <http://www.who.int/wer/2012/wer8724/en/index.html>

CONTEXTO NACIONAL

Para validação das informações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as análises para o contexto nacional referem-se aos dados da Semana Epidemiológica 26 (SE 26/2012) que encerrou em 30 de junho de 2012.

É possível que sejam observadas diferenças entre os numeradores publicados pelas UF, considerando que os dados analisados foram obtidos do SINAN no dia 03 de julho de 2012 e que procedimentos de validação e consistência são executados. As diferenças observadas não configuram incorreção.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 26/2012, foram registrados no SINAN um total de 7.043 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave que foram hospitalizados (SRAG hospitalizados), destes 7% (513/7.043) evoluíram para o óbito. Do total de casos, a influenza foi responsável por 19% (1.366), no período. As maiores proporções de casos de SRAG hospitalizados são de residentes nas regiões Sul 55% (3.876) e Sudeste 35% (2.477) (Tabela 1).

Tabela 1: Total de casos e óbitos de SRAG total, SRAG por influenza e influenza por vírus A(H1N1)pdm09, distribuídos por UF e Região de residência. Brasil, até SE 26/2012.

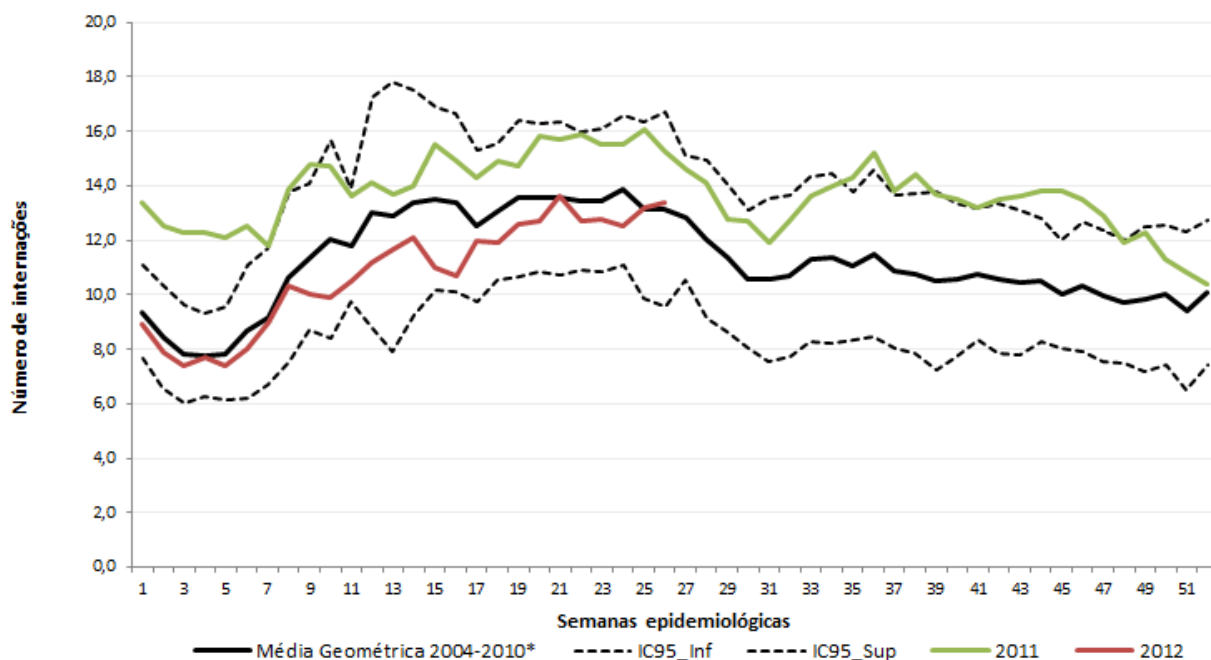
Unidade da Federação	SRAG Hospitalizado		SRAG hospitalizado causado por influenza		SRAG hospitalizado causado por influenza A(H1N1)pdm09	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Norte	136	16	22	5	11	4
Rondônia	4	2	0	0	0	0
Acre	18	0	1	0	1	0
Amazonas	8	4	5	2	5	2
Roraima	0	0	0	0	0	0
Pará	100	8	14	2	3	1
Amapá	4	1	1	0	1	0
Tocantins	2	1	1	1	1	1
Nordeste	303	26	63	6	61	6
Maranhão	9	2	0	0	0	0
Piauí	5	0	0	0	0	0
Ceará	125	11	48	6	48	6
Rio Grande do Norte	118	11	9	0	9	0
Paraíba	10	0	1	0	1	0
Pernambuco	7	0	0	0	0	0
Alagoas	8	2	0	0	0	0
Sergipe	0	0	0	0	0	0
Bahia	21	0	5	0	3	0
Sudeste	2.477	206	228	34	160	24
Minas Gerais	1.188	59	39	7	30	6
Espírito Santo	10	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	114	16	9	2	2	0
São Paulo	1.165	131	180	25	128	18
Sul	3.876	231	1.022	77	839	69
Paraná	1.137	66	185	13	148	10
Santa Catarina	1.942	123	717	48	587	43
Rio Grande do Sul	797	42	120	16	104	16
Centro Oeste	251	34	31	7	28	7
Mato Grosso do Sul	83	5	8	1	8	1
Mato Grosso	4	0	2	0	2	0
Goiás	131	28	21	6	18	6
Distrito Federal	33	1	0	0	0	0
Total	7.043	513	1.366	129	1.099	110

Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 03/07/2012, sujeitos à alteração.

Obs.: Todos os casos registrados de SRAG no SINAN foram hospitalizados.

Segundo os dados históricos da vigilância sentinela da influenza, observa-se que apesar do aumento do número de casos nas últimas semanas de 2012, este fato não se configura em epidemia e está dentro do esperado para essa época do ano (Figura 1).

Figura 1: Distribuição da proporção de atendimentos por SG em relação ao total de atendimentos das Unidades Sentinelas por semana epidemiológica do atendimento. Brasil, 2011 até a SE 26/2012.

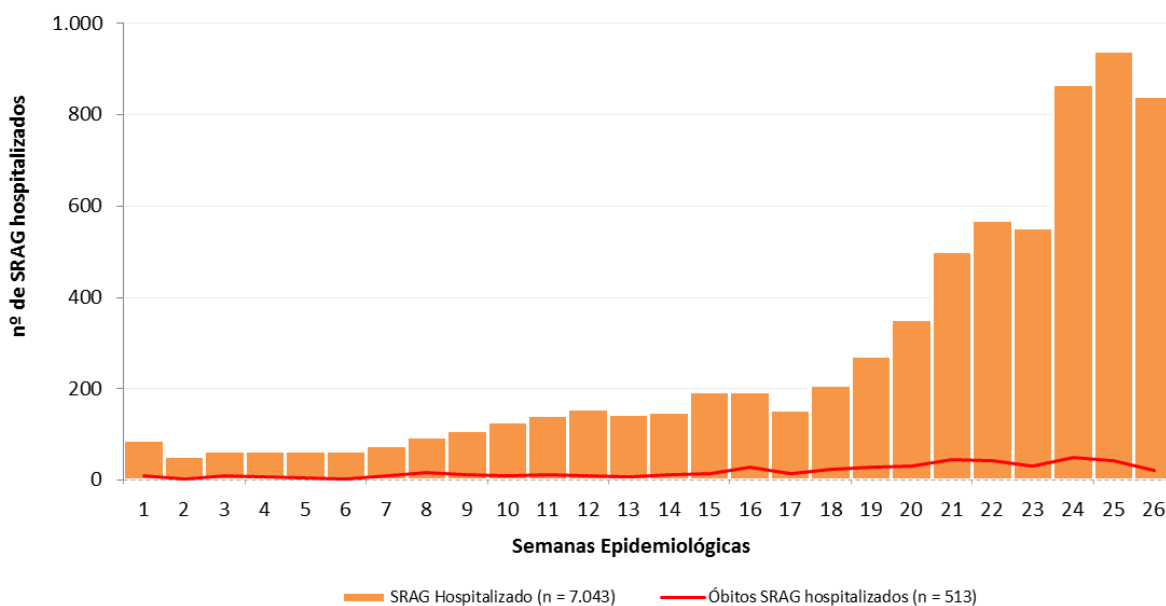


Fonte: SIVEP Gripe/SVS/MS. Dados atualizados em 09/07/2012, sujeitos à revisão.

*excluindo o ano pandêmico 2009.

Como esperado, observa-se aumento do número de registros de casos e óbitos por SRAG hospitalizados a partir do mês de maio (SE19) (Figura 2). Esse aumento pode ser devido à redução de temperatura.

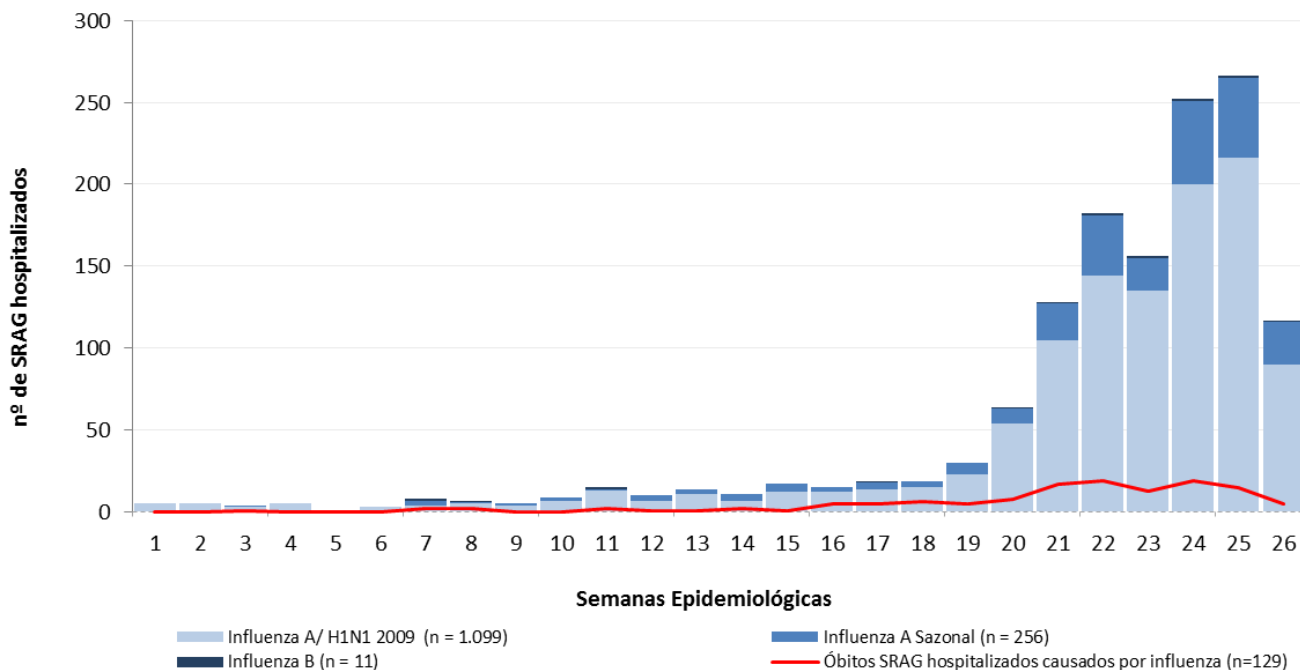
Figura 2: Distribuição dos casos e óbitos de SRAG hospitalizados por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, até SE 26/2012 (30/06/2012).



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 03/07/2012, sujeitos à alteração.

Neste ano, observa-se o predomínio do vírus A(H1N1)pdm09 entre os tipos de vírus influenza que ocorrem no país, além do aumento no número de óbitos entre os casos de SRAG hospitalizados (Figura 3).

Figura 3: Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados por influenza, de acordo com tipo e subtipo viral e óbitos por influenza, distribuídos por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, até a SE 26/2012 (30/06/2012).



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 03/07/2012, sujeitos à alteração.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Do total de casos SRAG Hospitalizados confirmados para influenza, 7% (513/7.043) evoluíram a óbito, sendo que 50% (258/513) eram do sexo masculino, a mediana de idade foi de 40 anos (intervalo 0 a 95 anos) e os principais sintomas foram dispneia (93,9%), febre (84,2%) e tosse (83,4%).

A taxa de mortalidade geral por SRAG hospitalizado, observada no período é de 0,27 óbitos por 100 mil/habitantes. A maior taxa foi observada na região sul do Brasil com 0,84.

Dos casos confirmados para influenza de SRAG Hospitalizados 129 evoluíram para óbito, representando uma taxa de mortalidade 0,07/100 mil habitantes. Do mesmo modo, a região sul foi a mais afetada com taxa de 0,28.

Tabela 2: Distribuição de óbitos e taxas de SRAG hospitalizados, dos causados por influenza e dos causados por Influenza A(H1N1)pdm09 por Região/UF de residência. Brasil, até SE 26/2012

Unidade da Federação	Óbitos SRAG Hospitalizado		Óbitos SRAG hospitalizado causado por influenza		Óbitos SRAG hospitalizado causado por influenza A(H1N1)pdm09	
	n	taxa* (x100.000 hab)	n	taxa* (x100.000 hab)	n	taxa* (x100.000 hab)
Norte	16	0,10	5	0,03	4	0,03
Rondônia	2	0,13	0	0,00	0	0,00
Acre	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Amazonas	4	0,11	2	0,06	2	0,06
Roraima	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pará	8	0,11	2	0,03	1	0,01
Amapá	1	0,15	0	0,00	0	0,00
Tocantins	1	0,07	1	0,07	1	0,07
Nordeste	26	0,05	6	0,01	6	0,01
Maranhão	2	0,03	0	0,00	0	0,00
Piauí	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ceará	11	0,13	6	0,07	6	0,07
Rio Grande do Norte	11	0,35	0	0,00	0	0,00
Paraíba	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pernambuco	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Alagoas	2	0,06	0	0,00	0	0,00
Sergipe	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bahia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sudeste	206	0,26	34	0,04	24	0,03
Minas Gerais	59	0,30	7	0,04	6	0,03
Espírito Santo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rio de Janeiro	16	0,10	2	0,01	0	0,00
São Paulo	131	0,32	25	0,06	18	0,04
Sul	231	0,84	77	0,28	69	0,25
Paraná	66	0,63	13	0,12	10	0,10
Santa Catarina	123	1,97	48	0,77	43	0,69
Rio Grande do Sul	42	0,39	16	0,15	16	0,15
Centro Oeste	34	0,24	7	0,05	7	0,05
Mato Grosso do Sul	5	0,20	1	0,04	1	0,04
Mato Grosso	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Goiás	28	0,47	6	0,10	6	0,10
Distrito Federal	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Total	513	0,27	129	0,07	110	0,06

Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 03/07/2012, sujeitos à alteração.

Entre os óbitos, 54% (277) apresentaram pelo menos uma comorbidade, segundo descrito na ficha de notificação. As principais comorbidades foram: doença cardiovascular (10,7%) e pneumopatia crônica (9,2%).

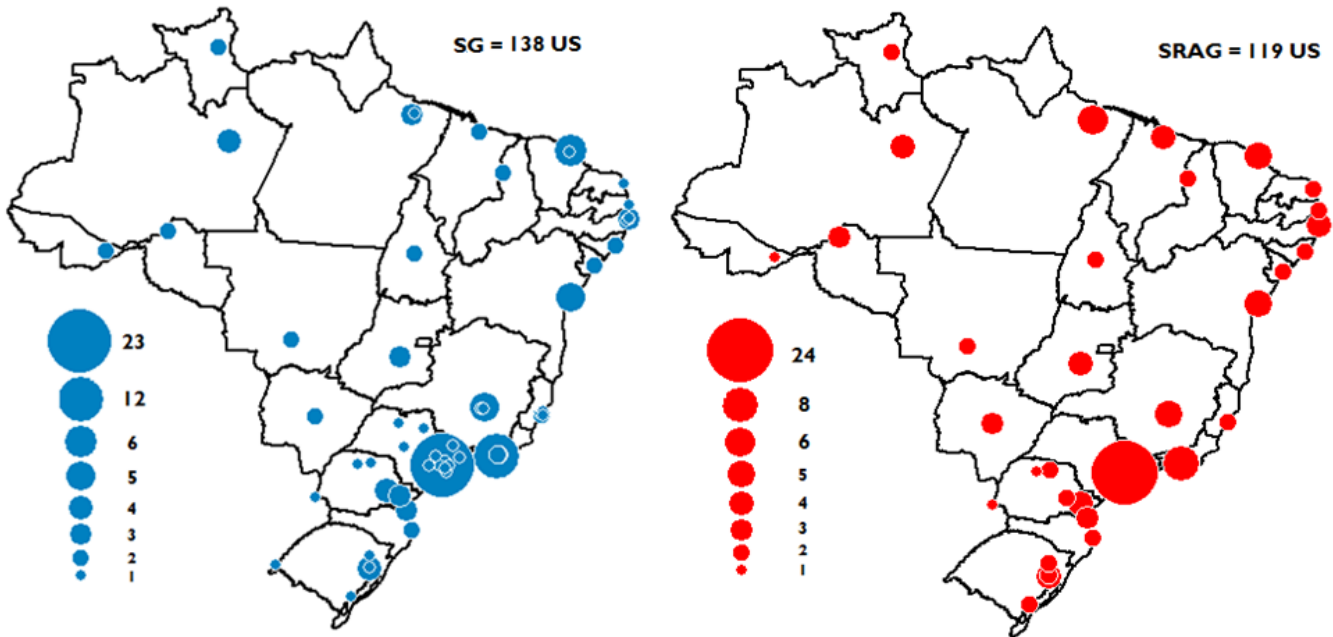
Entre os óbitos de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), 4,4% (15) eram gestantes e destas, 27% (4/15) foram confirmadas para influenza, destas três confirmaram pelo A(H1N1)pdm09 e uma foi pelo vírus Influenza A sazonal. Das quatro gestantes confirmadas para influenza, três apresentaram comorbidade confirmada Duas receberam Oseltamivir com três e cinco dias após início da doença, respectivamente. Não há registro de vacina para nenhuma das quatro gestantes.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SINDROME GRIPAL

A vigilância de Síndrome Gripal no Brasil é realizada por meio da Estratégia de Unidades Sentinelas. Em 2012 a vigilância sentinela passou a ter 58 municípios sentinelas para influenza, e ampliou o número de unidades sentinelas de 59 em 2011 para 257, destas 138 monitoram Síndrome Gripal (SG) e 119 monitoram Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (figura 4).

O principal objetivo da Vigilância Sentinela é a identificação dos vírus respiratórios que circulam no país, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por SG nas unidades sentinelas.

Figura 4: Distribuição das Unidades Sentinelas de Vigilância Epidemiológica da Influenza por Municípios. Brasil, 2012.



Fonte: CGDT/SVS/MS. Dados atualizados em julho/2012.

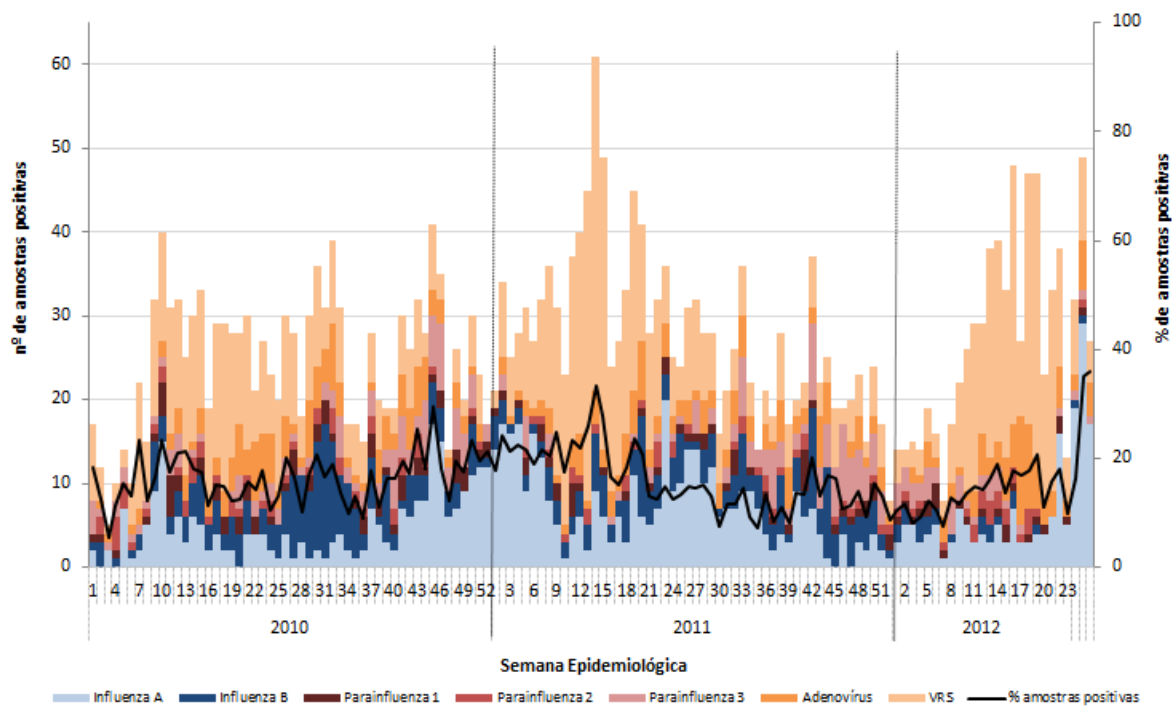
As unidades de vigilância de SG possuem como meta a coleta de cinco amostras de secreção de nasofaringe (SNF) por semana. As amostras coletadas são encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de cada estado.

As amostras são processadas pela técnica de Imunofluorescência Indireta (IFI) para pesquisa dos vírus influenza A e B, parainfluenza 1, 2 e 3, adenovírus e vírus sincicial respiratório (VSR).

A definição de caso de SG para coleta de amostras e registro no sistema de informação é: Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta.

Neste monitoramento observa-se a circulação do vírus pós-pandêmico A(H1N1)pdm09 concomitantemente com os demais vírus respiratórios, sendo que nas últimas semanas esse vírus predomina (Figura 5).

Figura 5: Monitoramento dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2012 (até a SE 26/2012 que encerra em 30/06/2012).

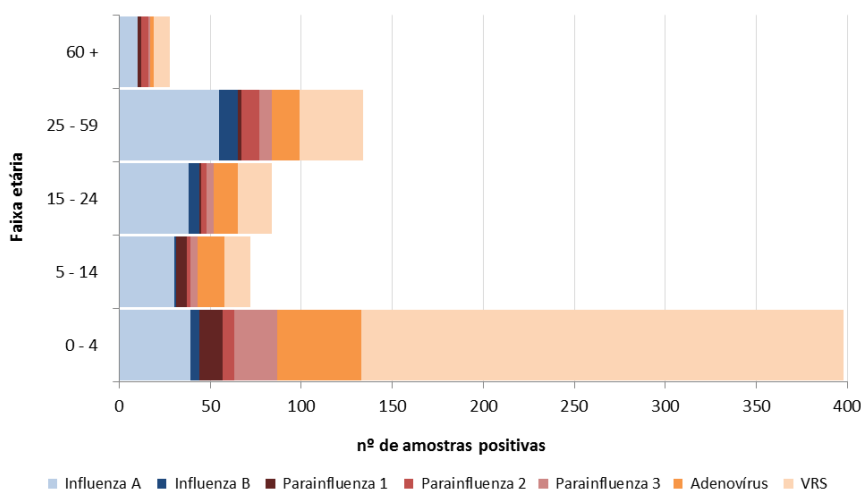


Fonte: SIVEP Gripe/SVS/MS. Dados atualizados em 09/07/2012.

A faixa etária com o maior número de amostras positivas foi de crianças até quatro anos. Nesse grupo de idade foram coletadas 1.831 amostras, das quais 398 (22%) foram positivas para influenza ou outros vírus respiratórios. O VRS (vírus sincicial respiratório) apresentou maior percentual de positividade, nessa faixa etária, com 66% das amostras positivas (265/398).

Entre os indivíduos das demais faixas etárias foi observada maior positividade para o vírus influenza A: 42% dos casos entre 5 e 14 anos; 45% dos casos entre 15 e 24 anos; 41% dos casos entre 25 e 59 anos; e, 36% dos casos de 60 anos ou mais (figura 6).

Figura 6: Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG por faixa etária. Brasil, 2012 (até a SE 26/2012 que encerra em 30/06/2012).



Fonte: SIVEP Gripe/SVS/MS. Dados atualizados em 09/07/2012, sujeitos à revisão.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe em 2012 foram vacinadas 84% (25.353.108) do público-alvo, acima da meta nacional de 80%.

A proteção se inicia entre duas a três semanas após a vacinação.

A estratégia de vacinação dos grupos prioritários é baseada nos critérios:

- Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS);
- Situação epidemiológica da Influenza no Brasil;
- Recomendação do Comitê Técnico Assessor de Imunização da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Foram estabelecidos os seguintes grupos prioritários: crianças na faixa etária de seis meses a dois anos incompletos, população com 60 anos e mais de idade, gestantes, povos indígenas, trabalhadores de saúde das unidades que fazem atendimento para a influenza e população privada de liberdade. Além desses grupos, a vacinação inclui as pessoas portadoras de condições clínicas especiais, mediante a indicação e prescrição médica, de acordo com o Protocolo de Tratamento.

A Cobertura vacinal foi:

- 92% das **Crianças** de 6 meses a <2 anos (3.996.267 doses);
- 109% dos **trabalhadores** da saúde (2.719.797 doses);
- 76% das **gestantes** (1.642.729 doses);
- 83% dos **indígenas** (487.576 doses);
- 81% dos **idosos** (16.633.771).

Tabela 3. Doses distribuídas e aplicadas e coberturas vacinais* da vacina influenza, por Unidade Federada, Brasil, 2012 (dados preliminares).

UF	Doses distribuídas	Doses aplicadas	cobertura vacinal
AC	124.590	100.962	91,91
AL	501.290	394.382	87,07
AM	638.880	495.903	86,11
AP	95.820	77.675	94,26
BA	2.391.370	1.707.977	79,14
CE	1.458.730	1.105.576	84,36
DF	367.260	306.565	95,05
ES	590.050	456.958	86,77
GO	949.190	785.446	93,97
MA	1.064.420	875.614	90,95
MG	3.444.170	2.733.269	88,48
MS	504.585	362.722	84,94
MT	479.030	358.243	84,27
PA	1.088.910	827.649	84,35
PB	708.210	541.330	85,04
PE	1.540.380	1.195.420	86,71
PI	539.160	411.795	84,42
PR	2.136.896	1.487.727	89,68
RJ	3.076.420	2.291.459	82,62
RN	538.830	413.772	85,43
RO	228.750	184.278	91,58
RR	116.080	73.536	70,71
RS	2.941.850	1.584.072	82,56
SC	1.296.600	862.296	94,16
SE	327.480	253.528	86,06
SP	8.029.630	5.391.303	78,97
TO	224.390	171.138	84,69
Brasil	35.402.971	25.450.595	84,43

Fonte: pni.datasus.gov/GT-GEIN (* provisórios acesso em 09/07/2012) 14h doses distribuídas (GT-GEIN)

MEDICAMENTOS

O Ministério da Saúde dispõe de estoque suficiente para a rotina e para situações emergenciais. Em 2012, até 09/07, foram enviados para as UF:

- 72.000 tratamentos para adultos;
- 53.620 tratamentos para crianças.