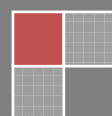


2012

**INFORME TÉCNICO
INFLUENZA**

DDTR

15/7/2012





INFORME TÉCNICO

Situação Epidemiológica da Influenza A (H1N1)pdm09 Vigilância Sentinela da Influenza Estado de São Paulo – Brasil



Cenário global

De acordo com o boletim nº 163 da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a temporada atual da influenza, na zona temperada do hemisfério norte (HN) a maioria destes países vem reportando atividade viral baixa.

De forma sucinta, na temporada 2011/2012, no HN houve atividade diferenciada na circulação dos vírus influenza. No México, o pico da transmissão ocorreu em janeiro e com predomínio do vírus influenza A (H1N1)pdm09, enquanto que nos Estados Unidos a elevação maior registrou-se em março e com circulação predominante do vírus influenza A (H3N2), porém com diferenças regionais, sendo que em parte do sudoeste americano predominou o vírus influenza A (H1N1)pdm09; seguindo-se ao final da temporada elevação discreta do vírus influenza B e, no Canadá, a atividade mais expressiva evidenciou-se no final de março e início de abril, com predominância do vírus influenza B (>53%), na sequência o vírus influenza A(H1N1)pdm09(32%).

Na zona tropical, Brasil, Paraguai e Honduras têm reportado atividade importante dos vírus influenza nas Américas; assim como Gana na região da África Subsaariana, e sudeste da China, incluindo Região Administrativa Especial de Hong Kong e o Vietnã na Ásia.

Na maior parte dos países temperados do hemisfério sul, a estação da influenza já registrou seu início. Na Argentina, entretanto, a atividade da influenza permanece baixa e a Nova Zelândia, embora tenha registrado um aumento persistente na detecção dos vírus influenza nas últimas semanas, os casos de Síndrome Gripal (SG) relatados permanecem abaixo da linha de base. Os vírus influenza A (H3N2) têm sido o mais comumente relatado nas últimas semanas na região temperada do hemisfério sul, no Chile, África do Sul

e Austrália; entretanto, uma quantidade significativa do vírus influenza B foi também detectada na África do Sul e, em menor intensidade, na Austrália. Um número menor de vírus influenza A (H1N1)pdm09 tem sido reportada na zona temperada, porém, no presente, o vírus influenza A (H1N1) pdm09 predomina nos países da América Central e região tropical da América do Sul (Figura 1).

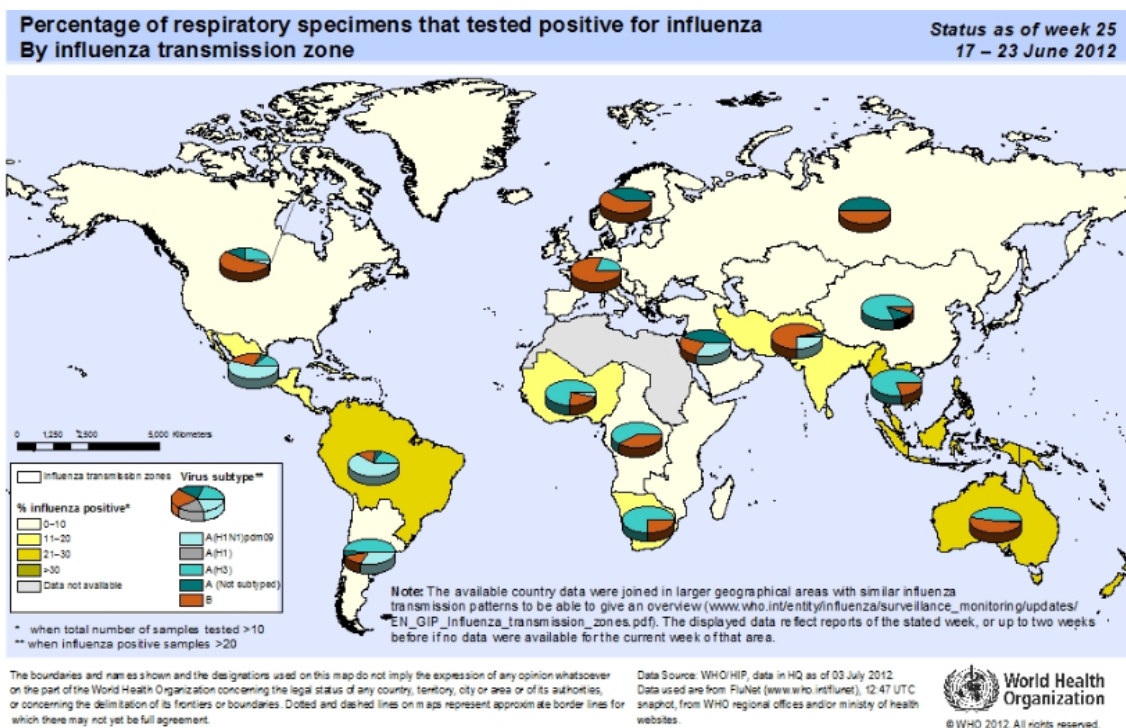


Figura 1. Percentual de amostras respiratórias positivas para o vírus influenza por zona de transmissão.

Fonte: OMS, boletim nº 163.

Disponível:

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

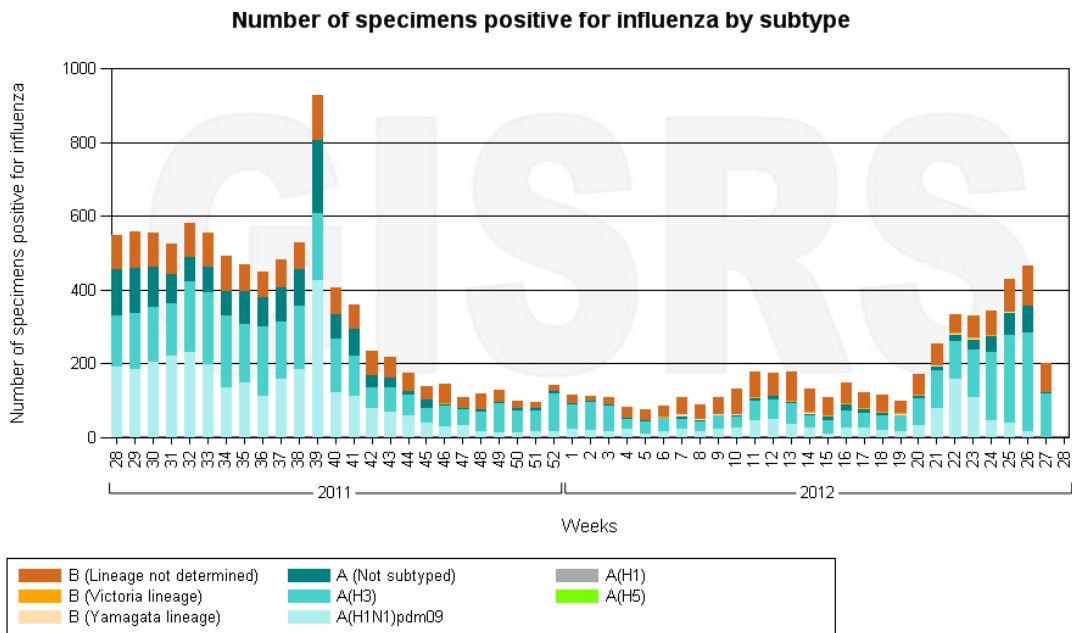
Em resumo:

- No Hemisfério Sul: atividade viral aumentada na Austrália e Nova Zelândia, com predominância da circulação do vírus influenza A (H3N2).

Na África, atividade viral aumentada em Gana e África do Sul com co-circulação do A (H3N2) e influenza B; Madagascar permanece com relato de surtos de A(H3N2). O vírus influenza A (H1N1)pdm09 continua circulando em Ruanda, porém em níveis baixos.

Nas Américas Central e Sul, circulação detectada dos vírus influenza A e B. Atividade aumentada do vírus influenza A (H1N1)pdm09 e com surtos reportados na Bolívia, El Salvador, Paraguai, Brasil e, no Chile, registrou-se atividade aumentada do vírus influenza A (H3N2). No Equador, houve predomínio do vírus influenza B (Figura 2).

- No Hemisfério Norte: registrou-se detecção esporádica dos vírus influenza A (H1N1)pdm09, A(H3N2) e B, exceção em Hong Kong e SAR China, onde permanece em atividade o vírus influenza A(H3N2)(Figura 3).



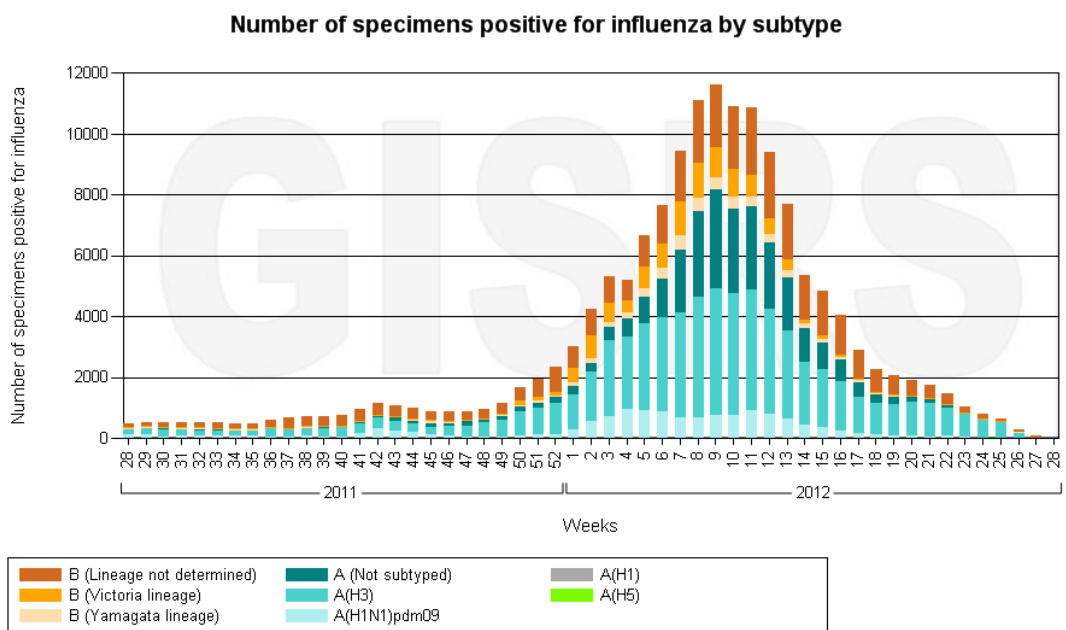
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2011

Figura 2. Hemisfério Sul: número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo.

Fonte:OMS. Disponível em

<http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Southern>



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

© World Health Organization 2011

Figura 3. Hemisfério Norte: número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo.

Fonte:OMS. Disponível em

<http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Northern>

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, considera-se caso suspeito indivíduo de qualquer idade com Síndrome Respiratória Aguda caracterizada por febre alta, mesmo que referida, tosse e dispnéia, acompanhada ou não dos sinais e sintomas abaixo:

- a) aumento da frequência respiratória (de acordo com a idade);
- b) hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; e
- c) em crianças, além dos itens acima, observar também os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

De acordo com as diretrizes nacionais vigentes, os casos de SRAG com internação hospitalar e óbitos devem ser notificados individual e imediatamente, de preferência em até 24 horas no Sinan *online*, com a utilização da Ficha de Investigação Individual.

O Ministério da Saúde do Brasil, no boletim informativo (SE 26 30/6/2012), reforçou 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 MS indica a prescrição do medicamento”.

Ainda conforme boletim publicado, “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.

No sentido de facilitar a prescrição do medicamento **Oseltamivir**, o MS informou 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** deverá ser prescrito como os demais medicamentos **em receita simples**.

No Brasil...

Conforme boletim informativo do MS, até a SE 26/2012, foram registrados no Sinan *online* um total de 7.043 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave que foram hospitalizados (SRAG hospitalizados), destes 7% (513/7.043) evoluíram para óbito. Do total de casos, os vírus influenza foram responsáveis 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). Dos casos confirmados de SRAGH (n=1.099) para o vírus Influenza A (H1N1)09pdm, houve registro no sistema de 110 óbitos, sendo a maioria destes reportado nas regiões Sul (n=69) e Sudeste (n=24). http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=

No Estado de São Paulo...

Em 2011, foram notificados no Sinan *online* 703 casos de SRAG hospitalizados no estado (Figura), sendo 26 casos confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09 (3,7%), 666 (94,7%) foram descartados para o vírus A (H1N1)09pdm e 11 (1,6%) permanecem em investigação. Dentre os óbitos de casos de SRAG hospitalizados, quatro foram confirmados para o vírus influenza A sazonal e cinco foram confirmados para influenza A(H1N1)pdm09.

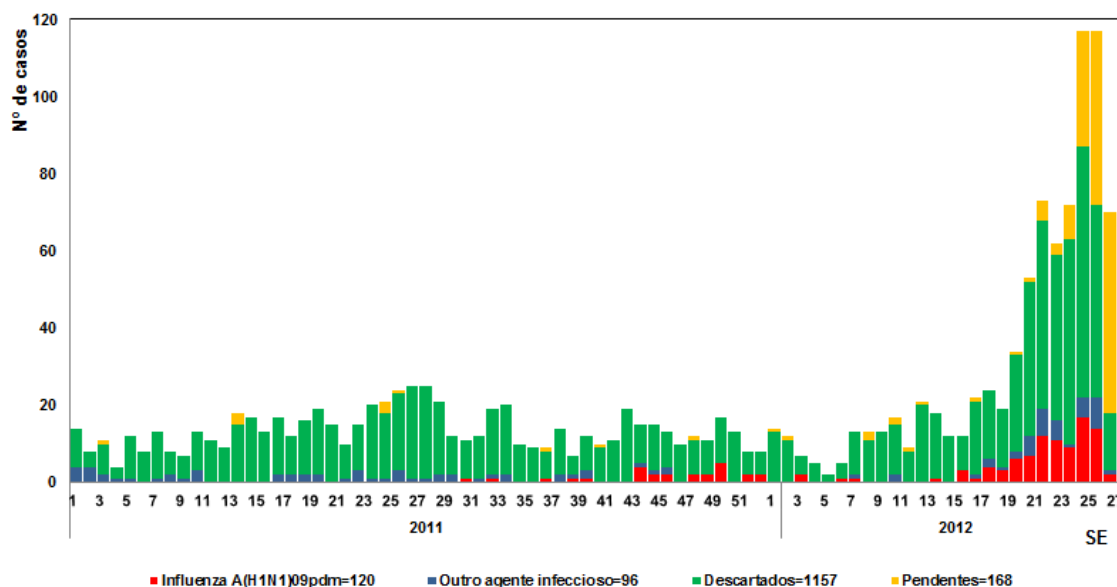


Figura 4. Distribuição dos casos notificados de SRAG hospitalizados, segundo SE e classificação final, Estado de São Paulo, 2011 - 2012.

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 27/2012, sujeito à alteração.

A distribuição dos casos segundo o GVE e município de residência encontra-se na Tabela 1. Dentre os descartados para A (H1N1)pdm09, em 56 (8%) casos houve identificação viral, 46 (82,1%) influenza A sazonal e 10 (17,8%) influenza B sazonal.

Dentre os 26 casos confirmados, 16 (61,5%) são do sexo feminino, distribuídos conforme faixa etária apresentada na Tabela 2. No que diz respeito à vacinação contra influenza, três (11,5%) indivíduos eram vacinados, 12 (46,1%) não vacinados e 11 (42,3%) com informação ignorada.

Tabela 1. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH por influenza A(H1N1)pdm09, segundo GVE e município de residência, Estado de São Paulo, 2011.

GVE	Município de residência	N	%
Bauru	Bauru	1	4
Capital	São Paulo	11	42
Franco da Rocha	Francisco Morato	1	4
Mogi das Cruzes	Guarulhos	1	4
Osasco	Carapicuíba	1	4
	Cotia	2	8
	Itapeçerica da Serra	1	4
Piracicaba	Araras	1	4
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	2	8
Santo André	São Bernardo do Campo	2	8
	Santo André	1	4
Santos	Itanhaém	1	4
São José dos Campos	Jacareí	1	4
Total		26	100

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 52/2011, sujeito à alteração.

Tabela 2. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH por A(H1N1)pdm09, segundo faixa etária, Estado de São Paulo, 2011.

Faixa etária (anos)	Sexo n(%)			
	Masculino	%	Feminino	%
<2	1	10	1	6
2 a 9	0	0	1	6
10 a 19	2	20	2	13
20 a 29	1	10	6	38
30 a 39	0	0	0	0
40 a 49	2	20	5	31
50 a 59	4	40	0	0
60 a 69	0	0	1	6
≥70	0	0	0	0
Total	10	100	16	100

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 52/2011, sujeito à alteração.

Dentre as 13 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), 7 (53,8%) eram gestantes, sendo a situação gestacional apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH por A(H1N1)pdm09, segundo condição gestacional, Estado de São Paulo, 2011.

Condição gestacional	n	%
1º Trimestre	1	14
2º Trimestre	4	57
3º Trimestre	2	29
Total	7	100

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 52/2011, sujeito à alteração.

Na Figura 5 está representada a frequência de sinais e sintomas apresentados pelos casos confirmados e na Figura 6 apresenta-se a frequência de comorbidades. Dois (76,9%) casos confirmados para influenza A(H1N1)09pdm apresentaram história de tabagismo.

Dentre os cinco óbitos em pacientes notificados como SRAG hospitalizados e confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, a idade variou de 26 a 51 anos, sendo três do sexo feminino, um deles no 3º trimestre gestacional. Outros dois óbitos apresentaram comorbidades (cardiopatia, obesidade).

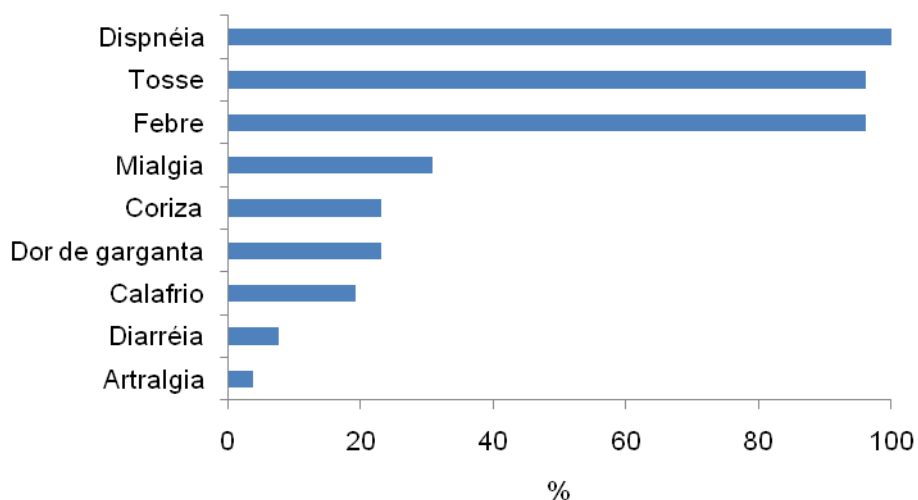


Figura 5. Frequência de sinais e sintomas apresentados pelos casos confirmados de SRAGH por A(H1N1)pdm09, Estado de São Paulo, 2011.

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 52/2011, sujeito à alteração.

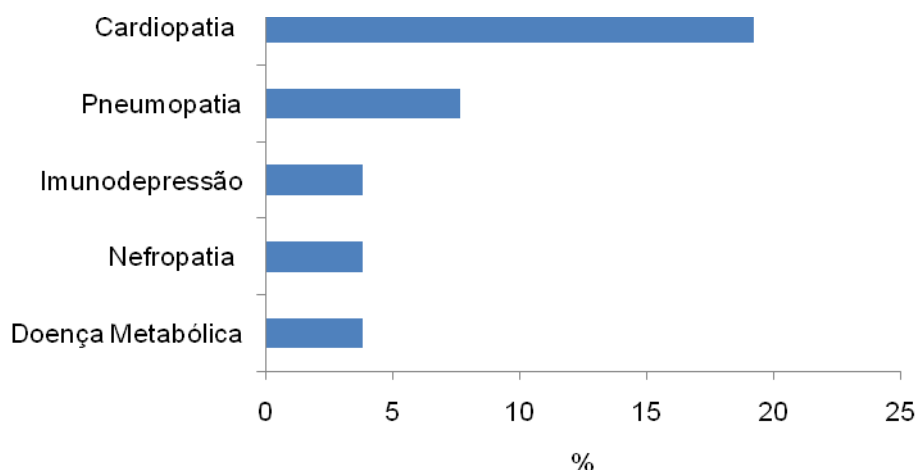


Figura 6. Frequência de comorbidades apresentadas pelos casos confirmados de SRAGH por A(H1N1)pdm09, Estado de São Paulo, 2011.

Fonte: Sinan *online* influenza/SVS/MS, até SE 52/2011, sujeito à alteração.

Até junho de 2012 (SE 27), foram notificados 838 casos de SRAG hospitalizados (Figura 4), sendo 94 (11,2%) casos confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, 587 (70,0%) descartados/outros agentes e 157 (18,7%) permanecem em investigação. Dentre os descartados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, 32 foram confirmados para o vírus influenza A (H3N2) e quatro confirmados para o vírus influenza B. Foram registrados 21 óbitos por influenza em casos de SRAG hospitalizados. Três foram confirmados para o vírus influenza A (H3N2) sazonal, um para o vírus influenza B sazonal e 17 confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09.

A distribuição dos casos de SRAGH confirmados para o vírus influenza A(H1N1)09pdm, segundo GVE e município de residência encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH por influenza A (H1N1)pdm09, segundo GVE e município de residência, ESP, 2012.

GVE	Município de residência	N	%
Barretos	Guaraci	1	1,1
	Monte Azul Paulista	2	2,1
	Severínia	1	1,1
	Taiacu	1	1,1
Bauru	Lençóis Paulista	2	2,1
Botucatu	Arandu	1	1,1
	Botucatu	1	1,1
Capital	São Paulo	11	11,7
Franca	Ituverava	1	1,1
Itapeva	Itaberá	1	1,1
Jales	Santa Fé do Sul	2	2,1
Marília	Marília	1	1,1
Mogi das Cruzes	Guarulhos	3	3,2
Osasco	Barueri	1	1,1
	Carapicuíba	2	2,1
Presidente Prudente	Presidente Prudente	1	1,1
Ribeirão Preto	Brodosqui	1	1,1
	Ribeirão Preto	3	3,2
	Mogi Mirim	2	2,1
São João da Boa Vista	Bady Bassit	1	1,1
São José do Rio Preto	Catanduva	3	3,2
	Catiguá	1	1,1
	Guapiaçu	1	1,1
	Ibirá	1	1,1
	Itajobi	1	1,1
	Jaci	2	2,1
	José Bonifácio	1	1,1
	Mirassol	12	12,8
	Nova Granada	5	5,3
	Novo Horizonte	1	1,1
	Palestina	1	1,1
	Palmares Paulista	1	1,1
	São José do Rio Preto	23	24,5
	Tabapuã	1	1,1
Sorocaba	Sorocaba	1	1,1
Total		94	100,0

Fonte: Sinan online influenza/SVS/MS, em julho/2012, sujeito à alteração.

Dentre os 94 casos confirmados de SRAGH por A (H1N1)pdm09, 32 (34%) são do sexo feminino, distribuídos conforme faixa etária apresentada na Tabela 5. No que diz respeito à vacinação contra influenza, 11 (11,7%) indivíduos eram vacinados, 69 (73,4%) não vacinados e 14 (14,9%) com informação ignorada.

Tabela 5. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, segundo sexo e faixa etária, ESP, 2012.

Faixa etária(anos)	Sexo n(%)			
	Masculino	%	Feminino	%
<2	6	9,7	2	6,3
2 a 9	2	3,2	1	3,1
10 a 19	5	8,1	3	9,4
20 a 29	17	27,4	5	15,6
30 a 39	12	19,4	8	25,0
40 a 49	15	24,2	8	25,0
50 a 59	5	8,1	4	12,5
60 a 69	0	0,0	0	0,0
>=70	0	0,0	1	3,1
Total	62	100,0	32	100,0

Fonte: Sinan online influenza/SVS/MS, em julho/2012, sujeito à alteração.

Dentre as 24 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), três (12,5%) eram gestantes, sendo a situação gestacional apresentada na Tabela 6.

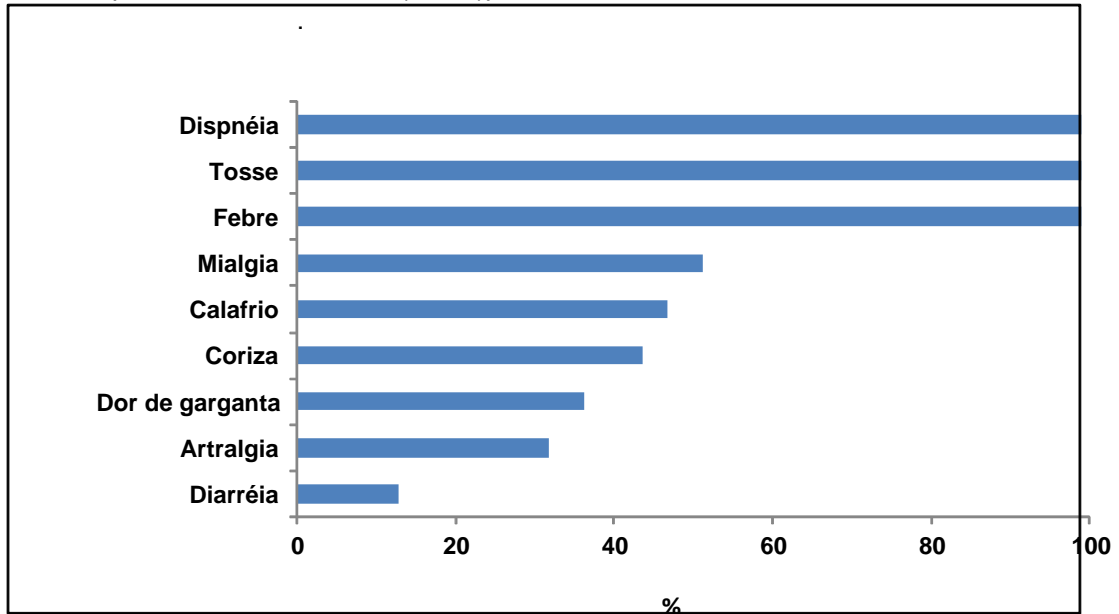
Tabela 6. Distribuição dos casos confirmados de SRAGH (A (H1N1)pdm09), segundo condição gestacional, ESP, 2012.

Condição gestacional	Nº	%
1º trimestre	0	0
2º trimestre	1	33
3º trimestre	2	67
Total	3	100

Fonte: Sinan online influenza/SVS/MS, em julho/2012, sujeito à alteração.

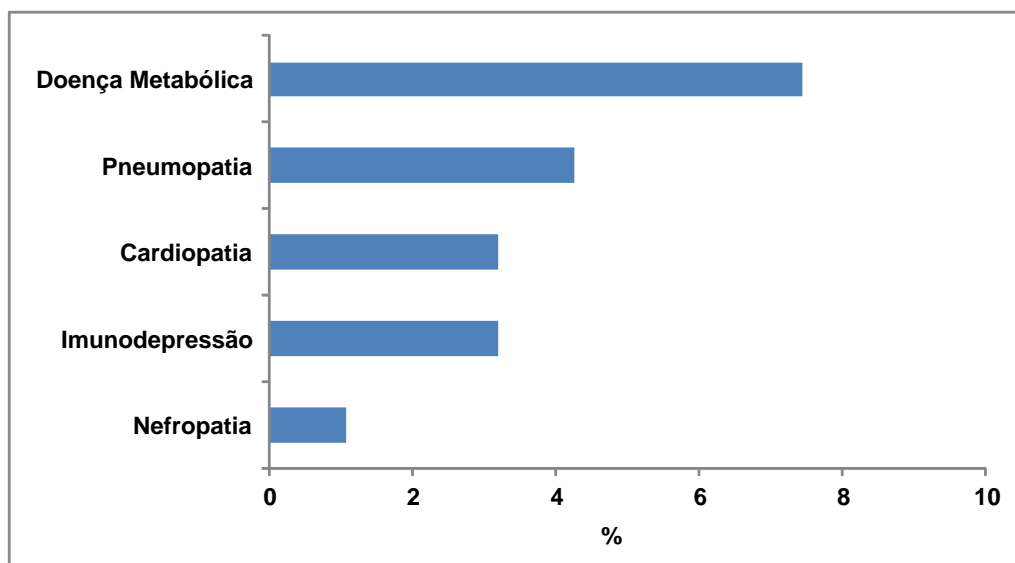
Na Figura 7, encontra-se representada a frequência de sinais e sintomas apresentados pelos casos confirmados e na Figura 8 apresenta-se a frequência de comorbidades. Treze (13,8%) casos confirmados de SRAGH para o vírus influenza A (H1N1)pdm09 apresentaram história de tabagismo.

Figura 7. Frequência de sinais e sintomas apresentados pelos casos de SRAGH confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Sinan online/SVS/MS, em julho 2012, sujeito à alteração.

Figura 8. Frequência de comorbidades apresentadas pelos casos de SRAGH confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Sinan online SVS/MS. Em julho de 2012, sujeito à alteração.

Dentre os 17 óbitos em pacientes notificados com SRAG hospitalizados e confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, a idade variou de 21 a 54 anos, contabilizando-se 10 (58,8%) do sexo masculino e 7 (41,2%) do sexo feminino, uma destas no 3º trimestre gestacional. A maioria dos óbitos registrados apresentou comorbidades. Em relação à vacinação contra influenza, nenhum tinha sido vacinado (Tabelas 7 e 8).

Tabelas 7 e 8.

Distribuição dos óbitos confirmados de SRAGH A (H1N1)pdm09 segundo sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2012.

Faixa etária(anos)	Sexo n(%)			
	Masculino	%	Feminino	%
<2	0	0,0	0	0,0
2 a 9	0	0,0	0	0,0
10 a 19	0	0,0	0	0,0
20 a 29	0	0,0	4	57,1
30 a 39	2	20,0	3	42,9
40 a 49	6	60,0	0	0,0
50 a 59	2	20,0	0	0,0
60 a 69	0	0,0	0	0,0
>=70	0	0,0	0	0,0
Total	10	100,0	7	100,0

Fonte: Sinan online influenza/SVS/MS, em julho/2012, sujeito à alteração.

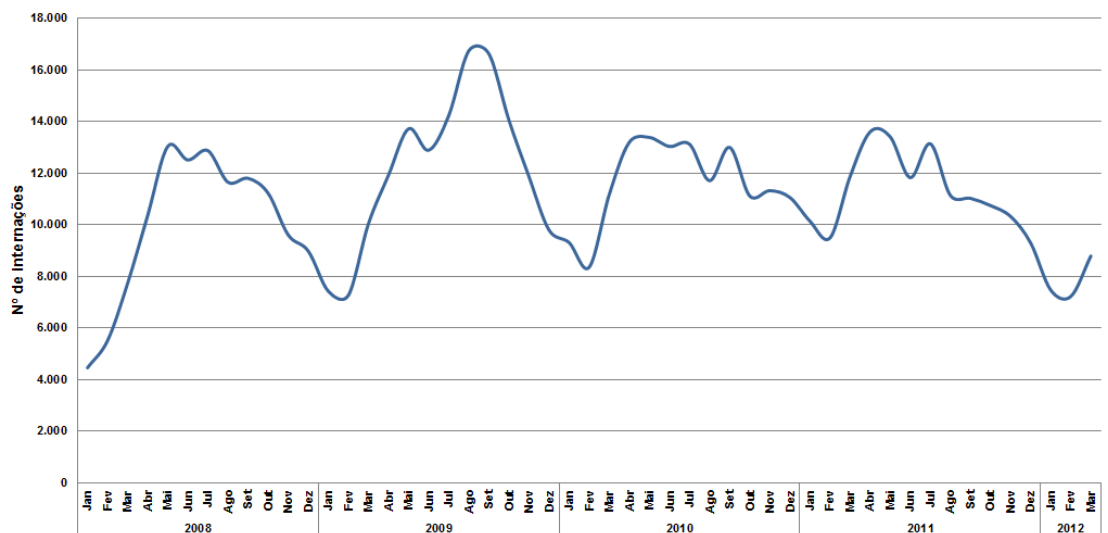
Frequência de comorbidades/fatores de risco-FR apresentados pelos óbitos confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, Estado de São Paulo, 2012.

Comorbidades/FR	n	%
Doença Metabólica	3	17,6
Obesidade	3	17,6
Hipertensão	3	17,6
Cardiopatía	1	5,9
Pneumopatia	1	5,9
Tabagismo	1	5,9
Etilismo	1	5,9

Fonte: Sinan online influenza/SVS/MS, em julho/2012, sujeito à alteração.

Na Figura 9, destacou-se a frequência de hospitalizações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), por pneumonia e influenza (CID-10: J09 a J18), mês a mês, de 2008 a março de 2012. Não foi contemplado o código J22, uma vez que o mesmo está agregado ao grupo

J66-J99 na tabulação de morbidades disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Observou-se nítido aumento das internações durante o ano de 2009 e um padrão de comportamento semelhante nos registros de 2010 e 2011. Os dados de 2012 são incipientes para o período avaliado.



Fonte: Informações em saúde/DATASUS, até julho/2012, sujeito à alteração.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defoftm.exe?sin/cnv/nrsp.def>

Figura 9. Frequência de internações por influenza e pneumonia na rede hospitalar do SUS, segundo mês e ano, Estado de São Paulo, 2011 - 2012.

Fonte: Informações em saúde/Datasus, até julho/2012, sujeito a alteração.

As taxas de mortalidade por pneumonia e influenza (CID-10: J09-J18) nos anos de 2008 a 2011 apresentaram variação positiva no período de maio a agosto, conforme demonstrado na Figura 10, em consonância com o período de maior número de internações por estes agravos e maior registro de ocorrência de doenças respiratórias sazonais.

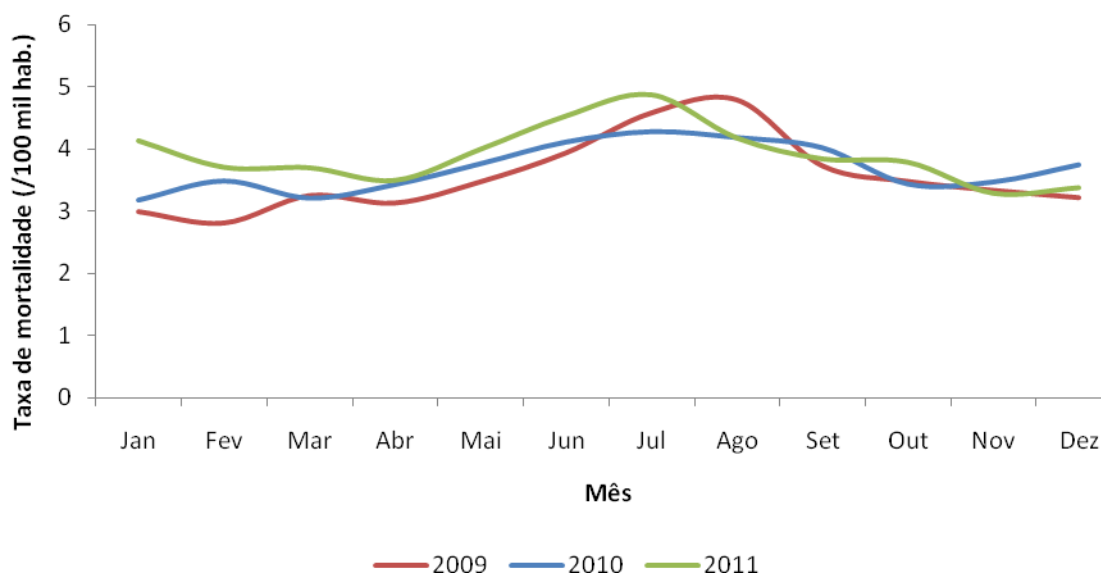


Figura 10. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por pneumonia e influenza (CID-10: J09-J18), Estado de São Paulo, 2009 a 2011.

Fonte: SIM/CCD/SES.

Vigilância Sentinela de Influenza

O Programa Global de Influenza monitora a atividade da influenza em nível mundial. Este tem por base dados epidemiológicos e laboratoriais reportados pela Rede de Vigilância Mundial de Influenza, na qual o Brasil e, por conseguinte, o Estado de São Paulo encontram-se inseridos.

É considerado caso suspeito de síndrome gripal (SG) indivíduo com doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos.

As informações apresentadas são referentes às amostras coletadas nas unidades sentinela de influenza ativas e identificadas por meio das técnicas de imunofluorescência (IFI), sendo os resultados registrados no Sistema da Vigilância Sentinela de Influenza Nacional (Sivep-Gripe/SVS/MS) e da técnica de RT-PCR, ambas realizadas pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL) central e suas unidades regionais.

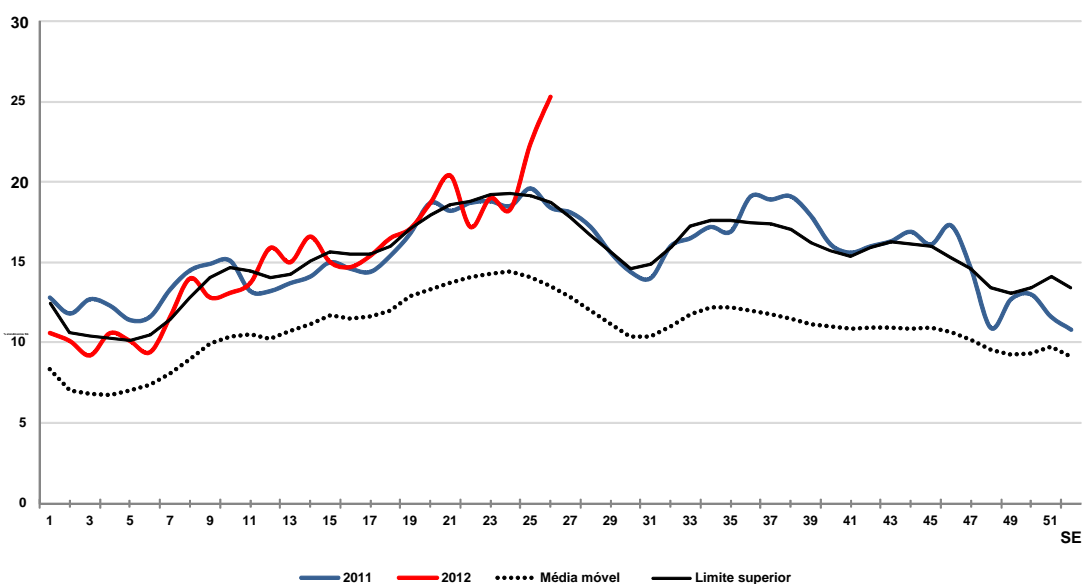
No Brasil...

De acordo com o Sivep-Gripe/SVS/MS, até a SE 26 de 2012, a média de atendimentos semanais por SG nas unidades sentinela ativas no país (n= 58) representou 10,9% do total de atendimentos. Foram coletadas 4.635 amostras, respiratórias, sendo 707 (15,3%) positivas para o painel de vírus respiratórios. Predominou a detecção de VRS (48,2%), influenza A (23,6%) e adenovírus (12,4%).

No Estado de São Paulo...

O Estado de São Paulo conta atualmente com 10 unidades sentinela ativas para a vigilância da influenza, estrategicamente distribuídas na Grande São Paulo e Interior, sendo a meta estadual a coleta de 50 amostras biológicas por SE.

De acordo com os dados disponíveis no Sivep-Gripe, entre as SE 1 e 26 de 2012, observou-se aumento progressivo da proporção de atendimento de casos de SG em relação ao atendimento por clínica médica e pediatria, como ilustra o diagrama de controle (Figura 11).

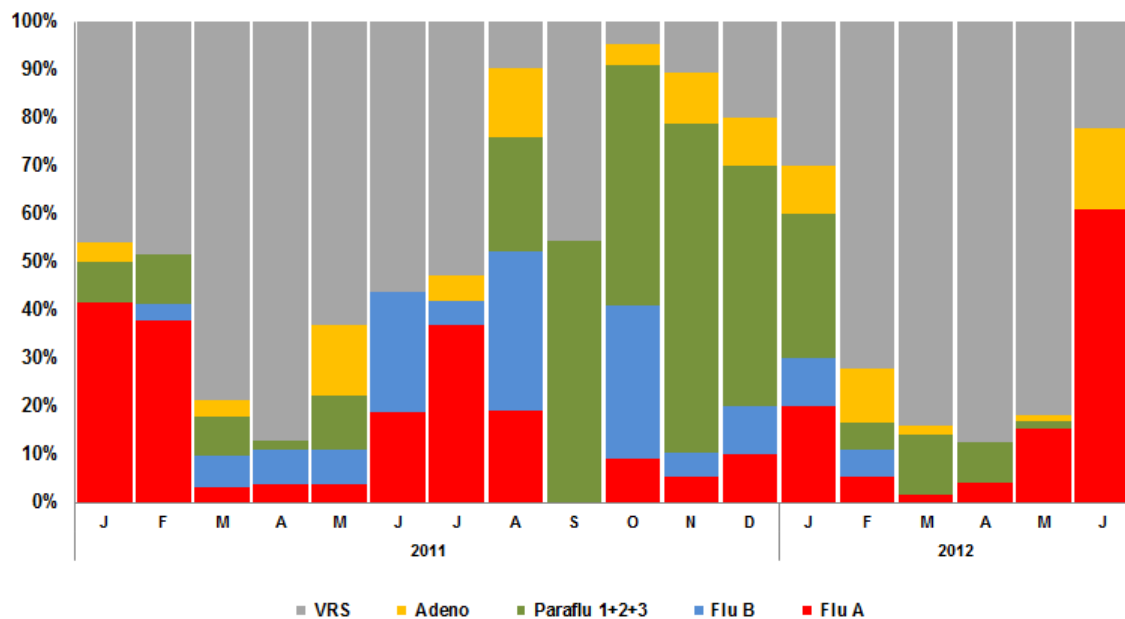


Fonte: Sivep-Gripe/SVS/MS, até SE 26/2012, sujeito à alteração.

Figura 11. Proporção de atendimentos de síndrome gripal (SG) pelo total de atendimentos de clínica médica/pediatria nas unidades sentinela do Estado de São Paulo, 2007 a 2012.

Fonte: Sivep-Gripe/SVS/MS, até SE 26/2012, sujeito a alteração.

Até a SE 26/2012, foram processadas 1.091 amostras respiratórias, sendo 239 (21,9%) positivas para o painel de vírus respiratórios. Houve predomínio do VRS (71,6%), seguido dos vírus influenza A (16,3%), parainfluenza (6,7%), adenovírus (4,6%) e influenza B (0,8%), conforme demonstrado na Figura 12.



Fonte: Sivep Gripe/SVS/MS, SE 26/2012, sujeito à revisão.

Figura 12. Proporção de vírus respiratórios identificados em amostras clínicas de Unidades Sentinela de Influenza segundo o mês, Estado de São Paulo, 2011 e 2012.

Fonte: Sivep-Gripe/SVS/MS, até SE 26/2012, sujeito à alteração.

De acordo com os dados registrados no Sivep-Gripe em 2012, observou-se a cocirculação dos vírus influenza A, influenza B, parainfluenza, adenovírus, com predomínio do VRS desde o início do quadrimestre, porém nos últimos meses (maio e junho) houve aumento progressivo na detecção do vírus influenza A e do adenovírus.

O Núcleo de Doenças Respiratórias (NDR) do IAL fornece atualizações mensais sobre os vírus identificados na IFI e submetidos à técnica de RT-PCR.

Em 2012, das 356 amostras positivas para influenza, foram identificadas: para o vírus influenza A(H3)(41,04%), para o vírus influenza A(H1N1)09pdm (54,62%) e para o vírus da influenza do tipo B (4,22%), no período considerado de 1/1/2012 até 11/7/2012.

Campanha de vacinação

A OMS reúne anualmente consultores técnicos, em fevereiro e setembro, com o objetivo de recomendar a inclusão dos vírus predominantes na vacina anual, respectivamente, no hemisfério norte e sul. No período de abril a setembro de 2011, as cepas mais prevalentes no hemisfério sul contempladas na recomendação da vacina trivalente temporada 2012 foram:

- A/California/07/2009-Like (H1N1);
- A/Perth/16/2009-Like (H3N2);
- B/Brisbane/60/2008-Like.

Durante a Campanha de Vacinação, que teve início no dia 5 de maio de 2012, foram vacinados apenas os grupos prioritários: pessoas com 60 anos ou mais de idade, profissionais de saúde, indígenas, gestantes e as crianças entre seis meses e um ano, 11 meses e 29 dias de idade, totalizando, até o momento (dados provisórios), 5.414.146 pessoas. A cobertura vacinal (CV) geral, até o momento é de 79,26%.

A CV para as crianças entre seis meses e menores de dois anos de idade é de 89,59%, dos profissionais de saúde 90,03%, gestantes 74,71% e idosos 76,35%. Até junho de 2012, já foram vacinados 632.375 pessoas com doença crônica.

Recomendações gerais

As recomendações de alerta e medidas de prevenção individual (lavagem frequente das mãos, uso de lenços descartáveis ao tossir e espirrar etc.) e ambiental (ambientes ventilados e limpos) devem ser mantidas e fortalecidas, além de **atenção especial com crianças, gestantes, portadores de doenças crônicas (cardiopatias, síndromes metabólicas, pneumopatias, em especial asma brônquica, nefropatias, etc.) e idosos.**

Ao surgirem sinais e sintomas de influenza (gripe) ou resfriado, como febre, tosse e dor de garganta, as pessoas não devem tomar remédios por conta própria, uma vez que os sinais e sintomas podem ser mascarados, dificultando o diagnóstico. Dessa forma, recomenda-se que o paciente procure o serviço de saúde mais próximo para assistência médica, esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado.

Recomenda-se fortemente que todos os serviços de saúde em nível estadual e municipal alertem seus principais equipamentos públicos e privados para que os profissionais de saúde continuem a priorizar:

- a) a detecção precoce e o monitoramento de eventos incomuns;
- b) a investigação de casos graves individuais ou em situações de surto;
- c) o monitoramento das infecções respiratórias agudas e os vírus circulantes;
- d) a manutenção e atualização frequente dos fluxos de distribuição de medicamentos e dos sistemas de informações (**Sinan online Influenza, Sivep-Gripe, Sinan Net Surtos etc.**);
- e) monitorar os grupos de risco aumentado para desenvolvimento de doenças graves;
- f) monitorar as coberturas vacinais e a homogeneidade (vacina contra influenza), notadamente nos grupos de risco, no sentido de fortalecer as ações de vigilância e imunização;
- g) a indicação e utilização do **OSELTAMIVIR** de forma adequada e o mais precoce possível, em conformidade com o protocolo vigente do MS;
- h) atentar para mudanças do padrão antigênico e genético dos vírus circulantes, como também o aparecimento de resistência antiviral;
- i) estimular as boas práticas de ETIQUETA RESPIRATÓRIA;
- j) efetivar e fortalecer parcerias.

Referências utilizadas e recomendadas:

1. Informe epidemiológico – Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Edição Nº 11, Dezembro de 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.pdf
Acesso: maio de 2011.
2. World Health Organization – WHO, Global Alert and Response. H1N1 in post-pandemic period. [acesso em dez 2010]. Disponível em:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/index.html.
3. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 30 December 2010 [acesso em jan 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/disease/influenza/2010_12_30_GIP_surveillance/en/index.html
4. H1N1 in post-pandemic period – World Health Organization. [acesso em jan 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/index.html
5. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 20 May 2011. [acesso em abr 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/disease/influenza/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html
6. PAHO Epidemiological Alert. Regional Update EW 15. Influenza - April 26, 2011. [acesso em abril 2011]. Disponível em:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3352&Itemid=2469&to=2246
7. Informe Técnico – Campanha de Vacinação contra Influenza. SES-SP. Abril 2011. [acesso em maio 2011]. Disponível em :
http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/pdf/IF11_INFLUENZA_VAC.pdf
8. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 03 Jun 2011. [acesso em jun 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/disease/influenza/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html#northern
9. World Health Organization – WHO, Global Alert and Response. Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO – 03 Jun 2011. [acesso em jun 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2011_06_10/en/index.html
10. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 29 Jul 2011. [acesso em jul 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2011_07_29_GIP_surveillance/en/index.html
11. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 12 Ago 2011. [acesso em ago 2011]. Disponível em:

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2011_08_12_GIP_surveillance/en/index.html

12. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 07 Out 2011. [acesso em out 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2011_10_07_GIP_surveillance/en/index.html

13. World Health Organization – WHO, Global Information Programme. Recommendations - 29 Set 2011. [acesso em out 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2011_09_recommendation.pdf

14. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Standardization of terminology for the variant A(H3N2) virus recently infecting humans – 23 Dez 2011. [acesso em dez 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/terminology_ah3n2v/en/index.html

15. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 06 Jan 2012. [acesso em jan 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html

16. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza virus activity in the world - 06 Jan 2012. [acesso em jan 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/updates/summaryreport/en/index.html

17. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Special issue of the Bulletin on Influenza in the 21st Century – 01 Abr 2012. [acesso em abr 2012]. Disponível em:
<http://www.who.int/influenza/resources/publications/Bulletin/en/index.html>

18. World Health Organization – WHO, Global Influenza Programme. Influenza update - 27 Apr 2012. [acesso em Mai 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_04_27_surveillance_update_158.pdf

18. Informe técnico de influenza – Vigilância da Síndrome respiratória aguda grave (SRAG), de síndrome gripal (SG) e de internações por CID J09 a 118. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Janeiro, 2012. [acesso em jan 2012]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/info_tecn_influenza_31_01_2012_28novo_29.pdf

19. Informe técnico campanha nacional de vacinação contra influenza 2012 “Campanha nacional de vacinação contra influenza - 2012”. Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP. Abril, 2012. [acesso em maio 2012]. Disponível em:
http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/pdf/IF12_VAC_INFLUENZA.pdf

20. Boletim Informativo – Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Influenza Semana Epidemiológica (SE) 26 (30/6/2012). Disponível em: Acesso em 11/7/2012
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40503

Obs: informações adicionais consultar o endereço eletrônico do CVE:
<http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Documento elaborado e atualizado pela Equipe Técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP; colaboração da Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP e do Instituto Adolfo Lutz - IAL/CCD/SES-SP. São Paulo/Brasil, Julho de 2012.