

Editorial

Neste número, apresentamos a informe técnico de leptospirose com orientações para conduta dos casos suspeitos, principalmente em relação ao aumento de casos relacionados à estação de chuvas e enchentes. Especial atenção ao manejo clínico dos casos nas fases precoce e tardia da doença, a coleta de sangue para confirmação diagnóstica e a notificação de casos suspeitos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN. As medidas de controle serão realizadas após a notificação dos casos.

Outro tema abordado é a Influenza que determina no período de sazonalidade alto impacto na morbi-mortalidade, especialmente em idosos, crianças, gestantes e pacientes com fatores de risco.

A vigilância sentinela laboratorial em pacientes com síndrome gripal é importante para o monitoramento das cepas circulantes que subsidiarão a composição da vacina do ano seguinte. A vigilância de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave-SRAG possibilita a análise epidemiológica dos casos graves e óbitos, avaliação da oportunidade do tratamento antiviral e história vacinal. Em 2013, no estado de São Paulo foram notificados 14.333 casos de SRAG com 71,4% de confirmação para Influenza A(H1N1)pdm09. A vacinação da população de risco é medida importante para o controle da doença. Em 2013, alcançamos 93,17% de cobertura vacinal na população alvo, com 6.609.839 doses aplicadas durante a campanha de influenza, além de 2,4 milhões de doses administradas em pacientes com comorbidades.

Ana Freitas Ribeiro
Editor

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Editorial | 01 |
| Verão, Estação das Chuvas, das Enchentes e também da Leptospirose | 02 |
| Tabela | 07 |
| Atualização: Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG/Influenza Estado de São Paulo | 08 |

INFORME TÉCNICO

VERÃO, ESTAÇÃO DAS CHUVAS, DAS ENCHENTES E TAMBEM DA LEPTOSPIROSE

Devido ao aumento do número de casos de Leptospirose nesta época do ano, a Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo está divulgando aos profissionais de saúde o seguinte Informe Técnico, como orientação de conduta.

A Leptospirose é doença sistêmica aguda, causada por uma bactéria do gênero *Leptospira*, acometendo o homem e os animais e caracterizada por intensa vasculite.

É doença de notificação compulsória que ocorre durante o ano todo, porém sua maior incidência se dá nos meses de verão, devido às chuvas e enchentes que ocorrem nesta época do ano e, conseqüentemente, ao contato humano com urina de roedores contaminada com a bactéria.

Seu quadro clínico varia desde infecção assintomática até quadros graves que levam o paciente ao óbito.

Como nova definição de caso suspeito temos: paciente com febre, cefaléia e mialgia que apresente pelo menos um dos seguintes critérios: critério 1 – antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco); critério 2 - pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

Exposição a situações de risco são: exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas; exposição a esgotos, fossas, lixo e entulho; atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas.

O Período de Incubação é de 1 a 30 dias, sendo, em média, de 5 a 14 dias.

Didaticamente, as apresentações clínicas da leptospirose foram divididas dentro das fases evolutivas da doença: a fase precoce (leptospiromica) e a fase tardia (imune).

A fase precoce pode ser confundida com várias doenças como dengue e outras viroses e é caracterizada pela instalação abrupta de febre, comumente acompanhada de cefaléia e mialgia. Por ter quadro clínico inespecífico é importante obter dos casos suspeitos uma história sobre exposição epidemiológica de risco nos 30 dias anteriores aos sintomas.

Em aproximadamente 10 a 15 % dos pacientes, a leptospirose progride para a fase tardia que cursa com ou sem icterícia, podendo acometer vários sistemas e apresentar, dependendo do grau de acometimento, as seguintes repercussões: insuficiência renal

aguda, acometimento pulmonar desde tosse até hemorragia alveolar (maior causa de óbito em nosso meio), manifestações gastrointestinais, meningite e outras manifestações neurológicas, miocardite, entre outras.

EXAMES:

– Para a confirmação diagnóstica:

Sangue para Teste de ELISA-IgM colhido a partir do 7º dia do início da doença; se o estado geral do paciente não for satisfatório, colher sangue no momento da admissão e verificar a relação entre a data da coleta e a data do início dos sintomas; se o resultado da sorologia for negativo e esta foi colhida antes do 7º dia, colher nova amostra após o 7º dia. Sempre que for colhida uma 2ª amostra, com intervalo mínimo de 7 dias entre as duas amostras, será realizada a Reação de Microaglutinação de ambas.

– Para tratamento e acompanhamento hospitalar do paciente:

exames rotineiros: hemograma completo com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia e creatinina, transaminases, bilirrubinas, CK e CK-MB, fosfatase alcalina, gama-GT, coagulograma e Urina tipo I.

exames especiais: deverão ser solicitados quando a clínica do paciente indicar a necessidade; por exemplo: RX de tórax e gasometria quando houver tosse, taquipnéia, escarros hemoptóicos; ECG quando houver taquicardia, arritmias; Líquor quando houver sinais de irritação meníngea (sua necessidade deverá ser pesada frente ao risco de sangramento devido à plaquetopenia); ultrassonografia de fígado e vias biliares quando da suspeita de colecistite calculosa e colangite; tomografia computadorizada de crânio nos casos de coma com suspeita de hemorragia intracraniana; tomografia computadorizada de abdome na suspeita de pancreatite; ecodopplercardiografia nos casos de disfunção miocárdica.

CONDUTA:

1 – Fase Precoce:

seguimento ambulatorial com orientação de repouso, hidratação adequada, coleta de exames para diagnóstico específico a partir do 7º dia de sintomas, retorno para avaliação da evolução dos sintomas (alterações urinárias, surgimento de icterícia e sintomas respiratórios) em 24-48 horas e retorno imediato em caso de piora.

Tratar com Amoxicilina 500 mg VO 8/8hs (em crianças: 50 mg/kg/dia VO divididos por 6 a 8 hs) ou Doxiciclina 100 mg VO 12/12hs por 5 a 7 dias. Devido aos seus efeitos adversos, a Doxiciclina, por ser uma Tetraciclina, não deve ser utilizada em crianças menores de 9 anos, mulheres grávidas e pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias.

2 – Fase Tardia:

– Manejo Respiratório:

Clínica de insuficiência respiratória, hemorragia pulmonar evidente ou radiografia de tórax com padrão de hemorragia alveolar ou SARA: garantir proteção de via aérea e ventilação mecânica protetora.

Sempre que possível fazer gasometria; se a $PaO_2 < 60$ mmHg (em ar ambiente), fornecer O_2 2 a 15 L/min, por cateter nasal ou máscara facial, ou ventilação mecânica não invasiva com CPAP (de acordo com as condições clínicas do paciente). Repetir gasometria após otimização de suporte de O_2 : se $PaO_2 < 60$ mmHg, intubar e instituir ventilação mecânica protetora.

A ventilação mecânica com estratégia protetora consiste no uso de volumes correntes baixos (6 mL/kg) e pressão de platô < 30 cm de água para reduzir o risco de barotrauma em pacientes com lesão pulmonar aguda e SARA. Manobras de recrutamento alveolar e incremento do PEEP são fundamentais nos casos com comprometimento respiratório grave, principalmente naqueles que evoluírem com potencial sangramento pulmonar. O PEEP inicial de 5 cm de água deve ser aumentado conforme a demanda e associado a medidas de recrutamento e de incremento da FiO_2 visando manter a $PaO_2 > 60$ mmHg, a $SatO_2 > 90\%$ e a relação $PO_2/FiO_2 > 200$.

– Manejo Sistêmico:

Em caso de desidratação, expandir com Soro Fisiológico 0,9% (iniciar com 500 mL e repetir duas a três vezes conforme a necessidade) e observar a resposta. Se mantiver hipotensão após hidratação adequada, administrar noradrenalina na dose inicial de $0,05 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ em infusão contínua e com ajustes visando manter a PA média > 60 mmHg. Na falta de noradrenalina, a dopamina pode ser utilizada na dose inicial de $5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ com acréscimos de 2 a $3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, visando manter a PA média > 60 mmHg até o máximo de $20 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. A dobutamina pode ser associada ou usada isoladamente nos casos de disfunção miocárdica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), choque cardiogênico, ou de acordo com parâmetros da saturação venosa mista na dose inicial de $5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ com acréscimos de 2 a $3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, até o máximo de $20 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ visando manter a PA média > 60 mmHg.

Nos pacientes com comprometimento pulmonar e hemorragia, realizar hidratação com cautela, principalmente se o paciente estiver oligúrico. Hidratação intravenosa excessiva pode piorar a função pulmonar destes pacientes.

– Manejo Renal:

Monitorizar a diurese e níveis séricos de uréia e creatinina.

Se o paciente mantiver insuficiência renal oligúrica após hidratação adequada pode-se tentar revertê-la com furosemida. Entretanto, não se deve retardar o início da diálise se ela for indicada.

No caso de insuficiência renal aguda oligúrica instalada, indicar diálise (de preferência, a hemodiálise) precocemente e diária, para diminuir os níveis de uréia e creatinina. Em locais onde a hemodiálise não puder ser realizada, deve ser feita a diálise peritoneal, a qual também deve ser iniciada precocemente nos pacientes oligúricos.

Insuficiência renal não-oligúrica: realizar hidratação adequada e reavaliar a necessidade de diálise. Já os pacientes com comprometimento pulmonar podem ter indicação de diálise mais precoce, mesmo que tenham alguma diurese.

Hipocalemia grave ($K^+ < 2,5\text{mEq/l}$), acompanhada ou não de arritmia cardíaca, repor potássio na velocidade de $0,5\text{mEq/kg/h}$ até o máximo de 10 a 20mEq/h , diluído em soluções de no máximo 80mEq/l , durante 2 horas, reavaliando com novas dosagens de potássio. Repor com cautela na presença de insuficiência renal. Nas hipopotassemias mais leves, aumentar a dose de potássio na manutenção.

– Manejo da Hemorragia:

Nos casos com plaquetopenia grave ($\leq 20.000/\text{mm}^3$) e com fenômenos hemorrágicos ($\leq 50.000/\text{mm}^3$), deve-se administrar concentrado de plaquetas, principalmente quando o paciente for submetido a procedimento médico invasivo como passagem de cateter venoso central.

Se o coagulograma estiver alterado (TP elevado, AP diminuído, tempo de sangramento e tempo de coagulação aumentados), nas hemorragias maciças, sugere-se a utilização de plasma fresco congelado. Coagulação intravascular disseminada não é um fenômeno muito observado nos pacientes com leptospirose.

Prevenção de hemorragia digestiva: pantoprazol ($40\text{mg IV de } 12/12\text{h}$) ou omeprazol ($40\text{mg IV de } 12/12\text{h}$) ou ranitidina ($50\text{mg IV de } 8/8\text{h}$ ou $6/6\text{h}$).

– Manejo Cardíaco:

Arritmias cardíacas (fibrilação atrial e extrassístoles supra ventriculares e ventriculares): corrigir inicialmente os distúrbios hidroeletrólíticos; caso persistam as arritmias, tratar direcionado para o tipo de arritmia. No caso de disfunção miocárdica, ICC ou choque cardiogênico, o uso de droga vasoativa com efeito inotrópico, como a dobutamina, pode ser mais adequado, como descrito na orientação para o manejo sistêmico.

– Antibioticoterapia:

A droga de primeira escolha é a Penicilina G Cristalina na dose de 1,5 milhões de unidades, EV de 6/6 hs (6 milhões de un./dia); alternativas à Penicilina são: Ampicilina na dose de 1 g EV de 6/6 hs ou Ceftriaxona 1 a 2 g EV 24/24 hs; se houver contraindicação, Azitromicina na dose de 500 mg EV por dia. Para crianças: Penicilina G Cristalina na dose 50.000 a 100.000 unidades/kg/dia EV em 4 ou 6 doses ou Ampicilina na dose de 50 a 100 mg/kg/dia EV de 6/6 hs ou Ceftriaxona 80 a 100 mg/kg/dia em 1 ou 2 doses ou Cefotaxima 50 a 100 mg/kg/dia em 2 a 4 doses. A duração do tratamento é de pelo menos 7 dias.

INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR – SINAIS CLÍNICOS DE ALERTA:

- 1 – dispnéia, tosse e taquipnéia
- 2 – alterações urinárias, geralmente oligúria
- 3 – fenômenos hemorrágicos, incluindo hemoptise e escarros hemoptoicos
- 4 – hipotensão
- 5 – alterações do nível de consciência
- 6 – vômitos freqüentes
- 7 – arritmias
- 8 – icterícia

Crítérios de Internação em Unidade de Terapia Intensiva:

- 1 – dispnéia ou taquipnéia (FR > 28 ipm)
- 2 – hipoxemia (PO₂ < 60 mm Hg em ar ambiente)
- 3 – escarros hemoptóicos ou hemoptise
- 4 – infiltrado em radiografia de tórax, com ou sem manifestações de hemorragia pulmonar (hemoptóicos ou hemoptise)
- 5 – insuficiência renal aguda
- 6 – distúrbios eletrolíticos e ácido-base que não respondem à reposição intravenosa de volume e/ou eletrólitos
- 7 – hipotensão refratária a volume
- 8 – arritmias cardíacas agudas
- 9 – alteração do nível de consciência
- 10 – hemorragia digestiva

LEMBRAR:

- a suspeita de qualquer fase clínica deve ser tratada e notificada no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), pois a Leptospirose é doença de notificação compulsória no país.

- a Antibioticoterapia está indicada em todas as fases clínicas e em qualquer período da doença, mas sua eficácia parece ser maior na primeira semana do início dos sintomas.

- a existência de quadros clínicos anictéricos da leptospirose.

- o diagnóstico diferencial com outras causas de septicemia.

- a leptospirose faz diagnóstico diferencial com dengue e ambas as doenças têm maior incidência nos meses de verão.

- na dúvida, aumentar o espectro microbiano.

Esse Informe Técnico foi elaborado por profissionais do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e teve sua última revisão realizada em dezembro de 2013 e foi baseada no Guia “Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico”, elaborado pelo grupo de assessores do Grupo Técnico de Leptospirose/Roedores da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Manual de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose - Normas e Instruções - CVE - SES-SP – 1994.
- 2 - Guia de Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde – 7ª Edição – 2010.
- 3- Faine S; Adler B; Bolin C; Perolat P. - *Leptospira and leptospirosis* - CRC Press, 2nd ed. MedSci, Melbourne, 1999.
- 4 - Levett PN - Leptospirosis - *Clin Microbiol Rev.* 2001;14:296-326.
- 5 - Bharti AR; Nally JE; Vinetz JM. - Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance - *Lancet Infectious Disease* - 2003;3:757-71.
- 6 - McBride A; Athanazio DA; Reis MG; I KO A. – Leptospirosis - *Curr Opin Infect Dis.* 2005; 18(5):376-86.
- 7 - Ricaldi J; Vinetz JM. - Leptospirosis in the tropics and in travelers - *Curr Infect Dis Reports.* 2006; 8: 51-8.
- 8 – Guia de Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico – Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, 2011 – no prelo.

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007/2012* e 1º semestre de 2013*, jul a set, e out, nov, dez. de 2013*

| Doenças/Agravos | 2007-10 | 2011 | 2012* | 2013* | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|--------|
| | | | | 1º semestre | Jul/Set. | Out. | Nov. | Dez. |
| CASOS CONFIRMADOS | | | | | | | | |
| Botulismo | 12 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] | 7.904 | 150 | 215 | 168 | 31 | 2 | 19 | 1 |
| Cólera | 0 | 1†† | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Conjuntivite§§ | 549.418 | 1.187.356 | 318.394 | 88.182 | 49.807 | 19.441 | 7.942 | 4.097 |
| Coqueluche | 751 | 914 | 1.029 | 699 | 294 | 124 | 171 | 187 |
| Dengue (Casos Autóctones e Importados) | 317.904 | 97.882 | 25.383 | 206.205 | 2.079 | 328 | 302 | 138 |
| Diarreia (Casos monitorados pela MDDA)** | 2.879.475 | 940.200 | 1.146.212 | 488.657*** | 277.324*** | 118.839**** | 83.351*** | 72.787 |
| Diarréia (Casos envolvidos em surtos) | 37.753 | 9.524 | 5.675 | 3.640 | 4741*** | 433*** | 168 | 33 |
| Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas | 27 | 17 | 40 | 19*** | 12*** | 3*** | 4*** | 2 |
| Esquistossomose (Casos Autóctones) | 607 | 84 | 85 | 29 | 17 | 1 | 5 | 9 |
| Esquistossomose (Total de Casos) | 5.317 | 1.080 | 1.094 | 411 | 186 | 47 | 46 | 36 |
| Febre Maculosa / Rickettsioses | 200 | 82 | 82 | 19 | 18 | 9 | 8 | 5 |
| Febre Tifoide | 36 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hantavirose | 78 | 21 | 12 | 9 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Hepatite A (Casos esporádicos) | 1.116 | 204 | 175 | 94*** | 34*** | 17*** | 6*** | 2 |
| Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos) | 819 | 61 | 70 | 38*** | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Hepatites B | 13.535*** | 3.933*** | 4.067 | 1.727 | 948 | 278 | 235 | 181 |
| Hepatites C | 25.414*** | 6.397*** | 6.373 | 2.520 | 1.406 | 372 | 326 | 211 |
| Hepatite B + C (co-morbidade) | 669*** | 140*** | 133 | 61 | 28 | 3 | 9 | 7 |
| SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)† | 12.091 | 26 | 371 | 1.743 | 207 | 15 | 7 | 1 |
| Leishmaniose Tegumentar Americana | 1.633 | 257 | 301 | 155 | 65 | 27 | 11 | 12 |
| Leishmaniose Visceral | 1.095 | 228 | 247 | 105 | 55 | 17 | 14 | 8 |
| Leptospirose | 3.136 | 970 | 787 | 601 | 124 | 66 | 56 | 42 |
| Doença Meningocócica | 5.130 | 1.363 | 1.168 | 475 | 278 | 76 | 59 | 45 |
| Outras Meningites Bacterianas | 7.516 | 1.724 | 1.638 | 693 | 391 | 120 | 96 | 52 |
| Meningites Virais | 21.209 | 4.230 | 5.294 | 1.996 | 771 | 466 | 499 | 345 |
| Outras Meningites | 4.355 | 833 | 968 | 388 | 187 | 85 | 76 | 57 |
| Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos) | 347 | 91 | 88 | 42*** | 16*** | 3*** | 6*** | 7 |
| Poliomielite (poliovírus selvagem) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rotavírus (em < 5 anos)§ | 294 | 1.522 | 23 | 20*** | 25 | 4*** | 3*** | 4 |
| Rubéola | 2.373 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sarampo | 0 | 27 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Síndrome da Rubéola Congênita | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Síndrome Hemolítico-Urêmica | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Tétano Acidental | 88 | 26 | 21 | 11 | 9 | 2 | 3 | 0 |
| Tracoma¶ | 9.071 | 1.760 | 2.202 | 686 | 416 | 395 | 330 | 411 |
| Varicela | 78.423 | 18.375 | 18.982 | 3.352 | 10.984 | 6.250 | 3.260 | 564 |
| Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas) | 49.735 | 31.408 | 44.205* | 20.224 | 8.982 | 3.222 | 2.906 | 2.553 |
| SURTOS CONFIRMADOS | | | | | | | | |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações | 1.632 | 40 | 88 | 9 | 18 | 2 | 7 | 1 |
| Conjuntivite§§ | 1.676 | 9.041 | 776 | 145 | 81 | 41 | 12 | 11 |
| Hepatite A | 131 | 15 | 7 | 6*** | 1*** | 1*** | 0 | 0 |
| Varicela | 10.454 | 2.747 | 3.001 | 691 | 1.451 | 834 | 488 | 142 |
| Diarréia | 2.001 | 137 | 138 | 242*** | 240*** | 50*** | 24 | 2 |

Fonte: SINAN Net (com correções)

(*) 2012 e 2013* - dados provisórios - (**) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS - (***) atualização nos dados

(†) Fonte: SINAN Web (com correções) - SRAGH: Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado - dados a partir de abril/2009

††) Caso importado - Acum.(casos acumulados)

(§) Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net (com correções - (§§) Sinan Net surto e sistema de vigilância de conjuntivites

(¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net (...) = dados não disponíveis, devido às diferentes periodicidades para encerramento dos casos.

INFORME TÉCNICO

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFLUENZA VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA ESTADO DE SÃO PAULO – BRASIL

Cenário Global

Segundo o boletim nº 203 (janeiro/2014) da Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere à situação epidemiológica atual da influenza (Figuras 1, 2 e 3), cumpre destacar que:

- na América do Norte, a atividade da influenza permaneceu alta nas últimas semanas, com o predomínio do vírus influenza A (H1N1)pdm 09;
- na Europa, um aumento discreto da atividade viral tem sido observado, que pode indicar o início da temporada da influenza na região;
- na China, a atividade da influenza continua aumentada, à custa do vírus influenza A (H1N1)pdm 09, com cocirculação do A (H3N2) e do vírus influenza B;
- no hemisfério sul, a atividade viral permaneceu baixa;
- em países de áreas tropicais, a atividade da influenza foi variável.

De acordo com os dados do FluNet, durante as primeiras semanas de janeiro de 2014 os Centros Nacionais de Influenza e outros laboratórios nacionais de 72 países testaram mais de 81.261 espécimes; 30,1% resultaram positivos para o vírus influenza (n= 24.494); 91,6% foram tipados como influenza A e 8,4% como influenza B. Dos vírus influenza A subtipados, 80,5 % foram influenza A(H1N1)pdm 09 e 19,5% foram influenza A(H3N2). Dos vírus influenza B caracterizados, 84% pertenciam à linhagem Yamagata e 16% à linhagem Victoria.

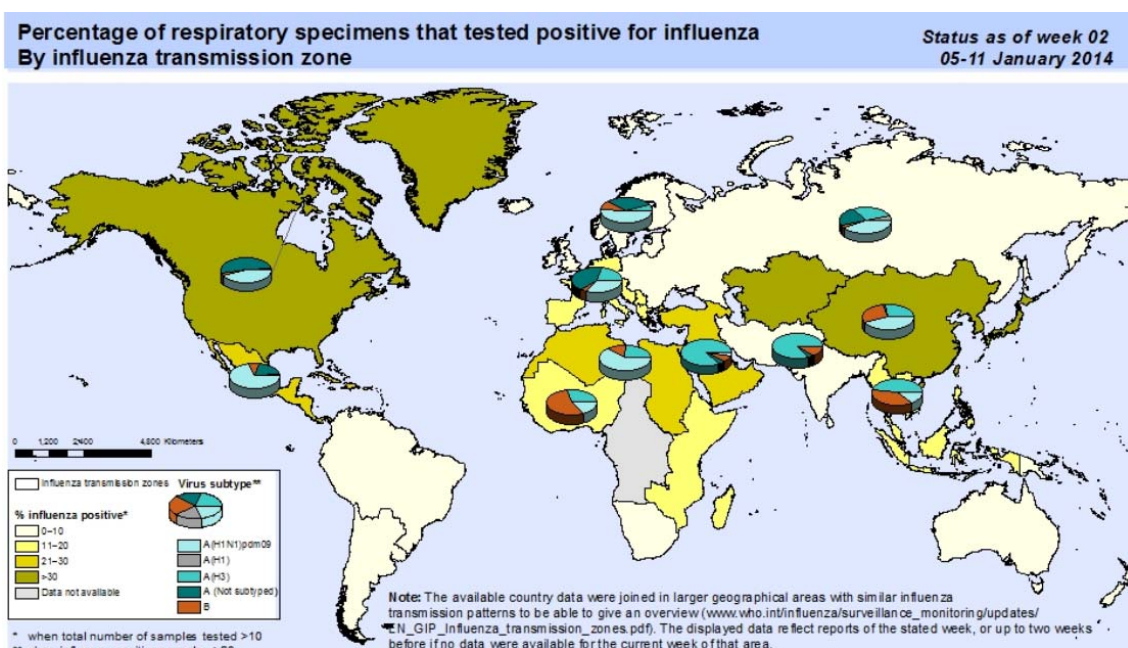
Casos confirmados por laboratório de infecção humana pelo vírus influenza A (H7N9) foram relatados à OMS, pela Comissão Nacional da China, Centro de Proteção à Saúde, China, Hong Kong SAR, e Centros de Controle de Doença de Taipé.

Os casos ocorreram em uma onda inicial (n= 137 casos e n= 45 óbitos), de fevereiro a maio de 2013. Em seguida, dois casos foram registrados em julho e agosto, e desde outubro de 2013, uma segunda onda de casos humanos vem ocorrendo (n = 74), até o presente (Figura 4). Foram relatados casos em homens e mulheres, e uma ampla variabilidade quanto à faixa etária.

Na primeira onda, a maioria dos casos ocorreu em homens de meia-idade ou mais velhos. A idade média é um pouco menor na segunda onda (52 versus 58 anos), do que na primeira onda. Infecções em homens ainda são mais frequentemente relatadas do que nas mulheres. Com base em informações atuais, a taxa de letalidade durante a segunda onda ainda está inigualável ao da primeira onda. Embora os casos mais leves têm sido relatados, a apresentação clínica da infecção pelo vírus H7N9 reportada permanece, principalmente, progredindo rapidamente à pneumonia grave.

A infecção humana parece estar associada à exposição a aves de criação doméstica ou ambientes contaminados, incluindo mercados onde aves vivas são comercializadas. A informação disponível sugere que o vírus não tem a capacidade de transmitir-se facilmente entre os seres humanos; até que o vírus se adapte para a transmissão de humano para humano eficiente, o risco de propagação internacional do vírus H7N9 por viajantes é baixo.

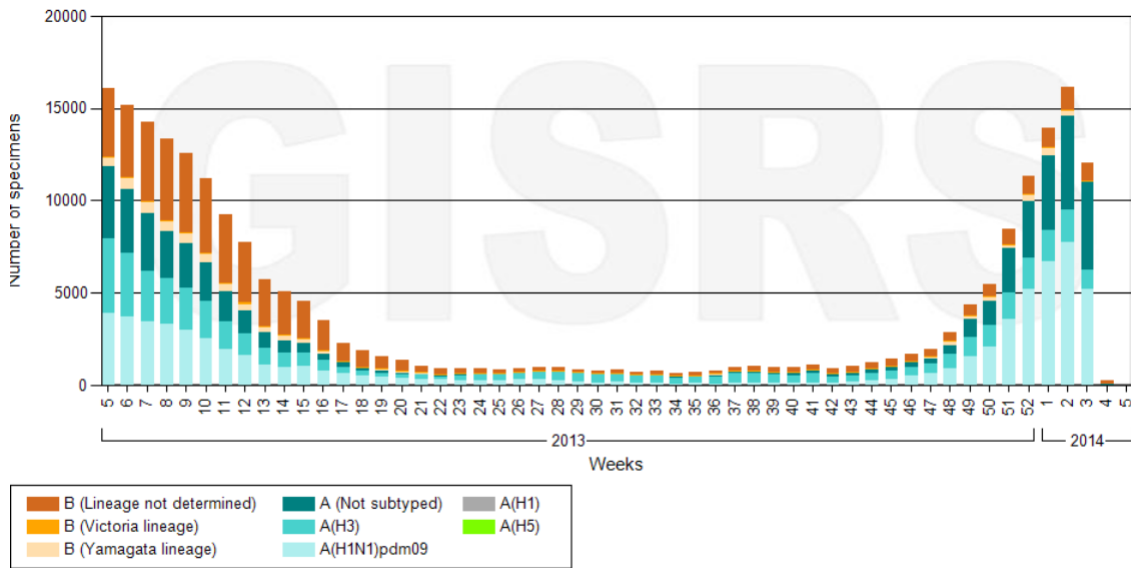
Em relação à infecção humana pelo vírus influenza A (H5N1), de 2003 a dezembro de 2013 foram confirmados 648 casos e 384 óbitos, oficialmente reportados por 15 países. Os casos mais recentes (2013) foram identificados com maior concentração na China, Camboja, Indonésia, Egito e Vietnã. Todos os casos foram considerados esporádicos, sem evidência atual de transmissão em nível comunitário (Figura 5).



Fonte:

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2014_01_27_influenza_update_203_week_02_main.jpg?ua=1. Acessado em janeiro de 2014.

Figura 1. Distribuição percentual de amostras respiratórias positivas para o vírus influenza por zona de transmissão. Situação da Semana Epidemiológica 2/2014.

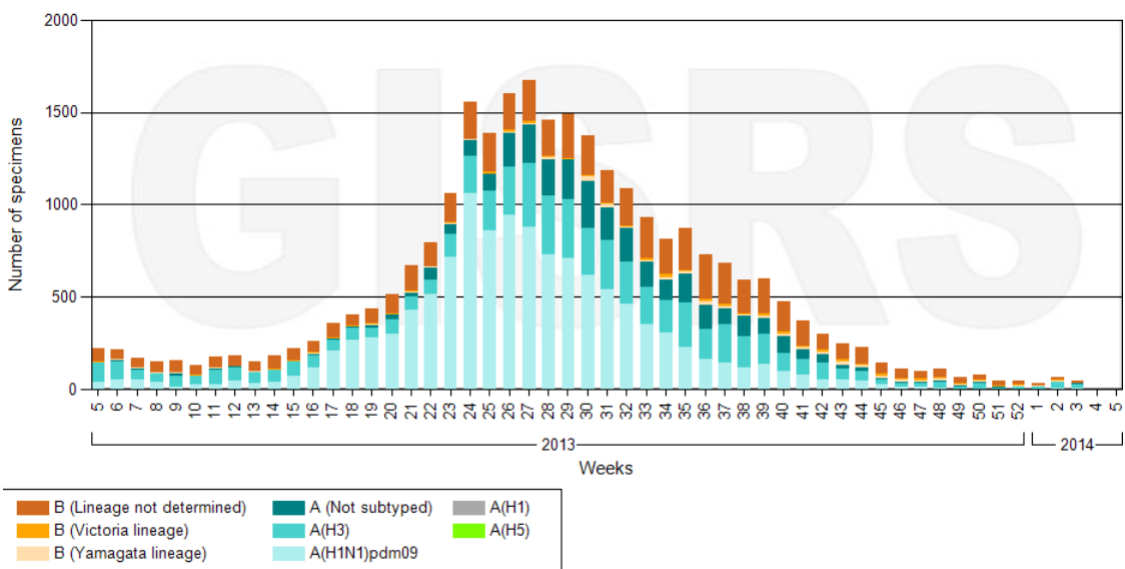


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2011

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

Figura 2. Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Norte – Semana Epidemiológica 2/2014.

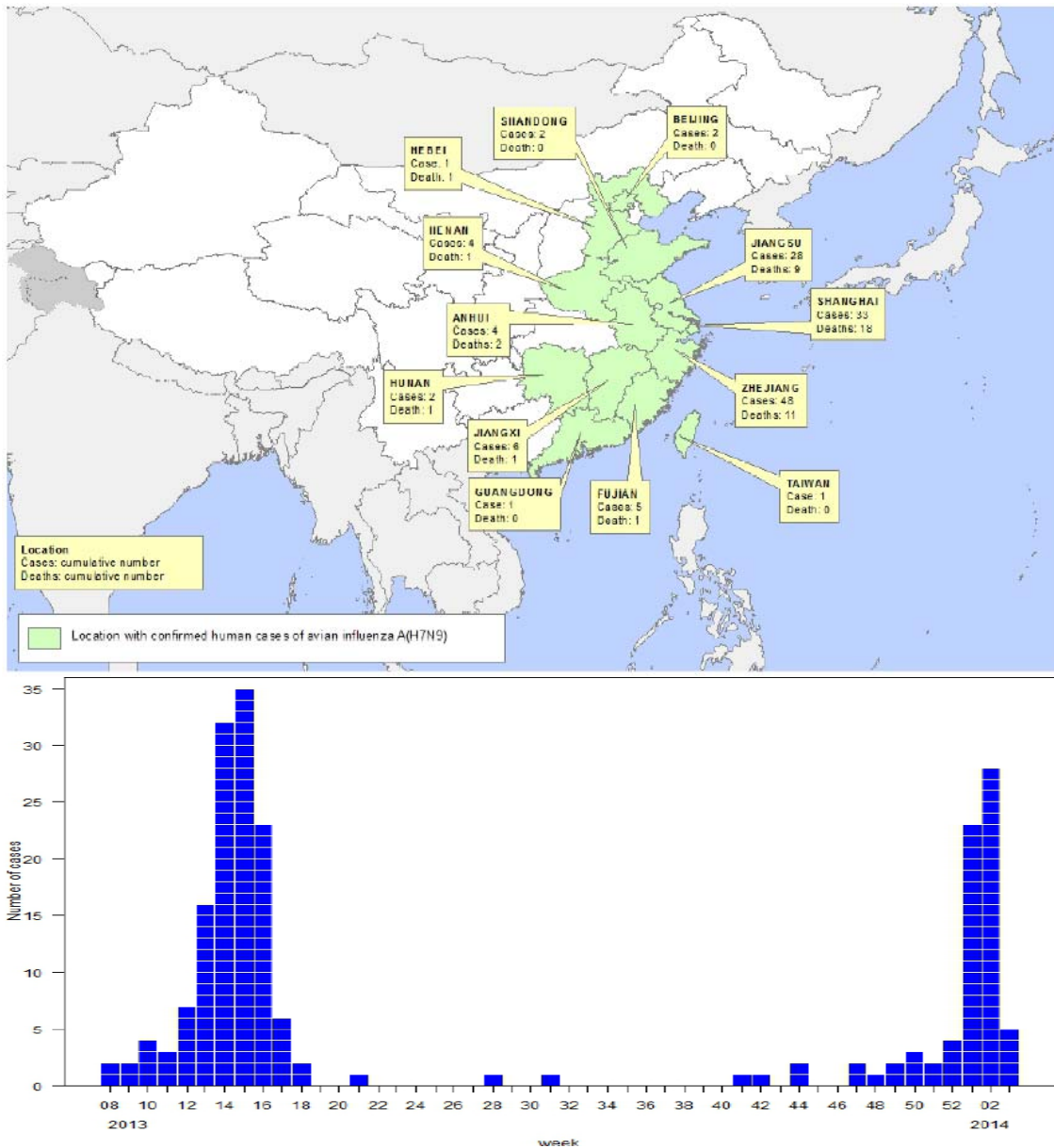


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2011

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

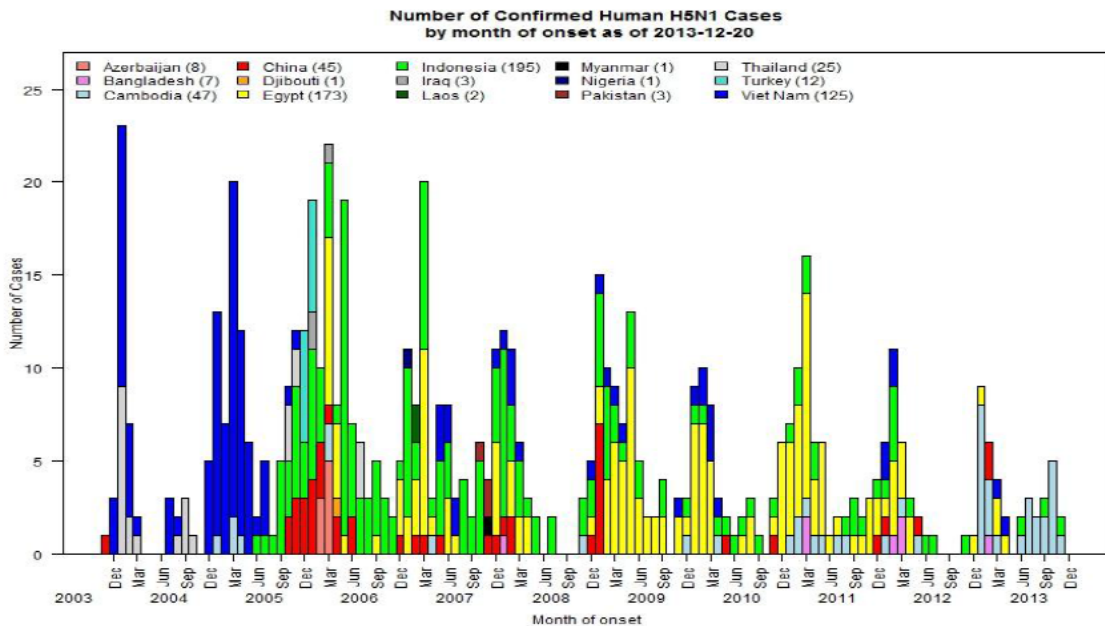
Figura 3. Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Sul – Semana Epidemiológica 2/2014.



Fonte:

http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/10u_ReportWebH7N9Number.pdf?ua=1.

Figura 4. Distribuição do número de casos confirmados de Influenza A(H7N9), segundo área geográfica e a curva epidemiológica dos casos, 2013/2014.

**Fonte:**

http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_20December13.pdf?ua=1

Figura 5. Curva epidemiológica com a distribuição do número de casos confirmados de Influenza A(H5N1), segundo mês de início dos sintomas, 2013.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Em consonância com o Protocolo de Tratamento de Influenza estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013, considera-se caso suspeito de SRAG: indivíduo de qualquer idade com Síndrome Gripal (SG) - caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico, e que apresente dispneia, ou os seguintes sinais de gravidade:

- saturação de SpO₂ < 95% em ar ambiente;
- sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- piora nas condições clínicas da doença de base;
- hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Observações:

Em crianças, além dos ítems de gravidade que caracteriza a SRAG, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas, listadas abaixo:

- alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;

- radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

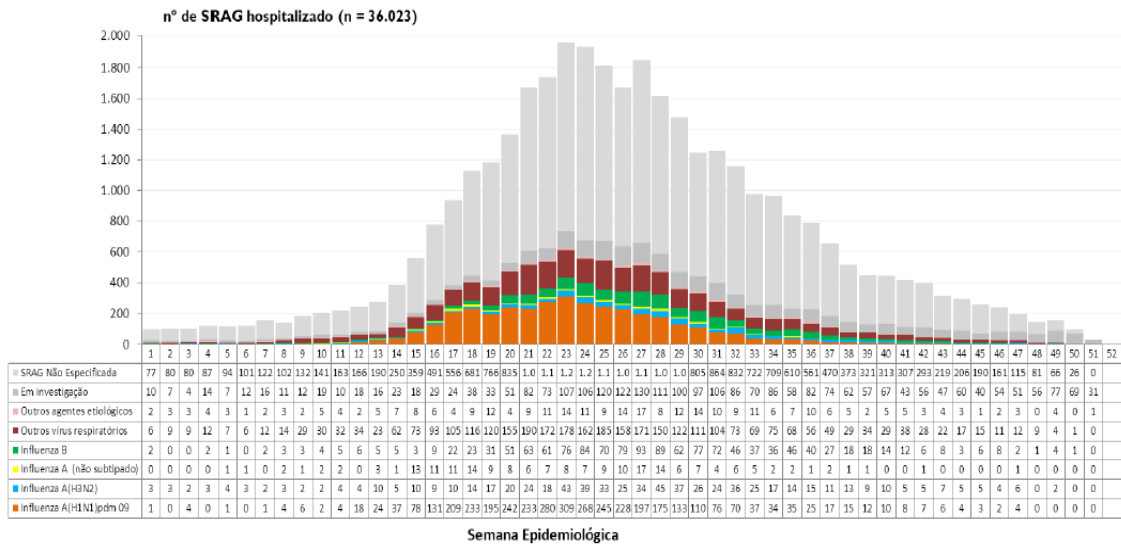
De acordo com as diretrizes nacionais vigentes, os casos de SRAG com internação hospitalar e óbitos devem ser notificados individual e imediatamente, de preferência em até 24 horas, no Sinan *online*, com a utilização da Ficha de Investigação Individual.

Conforme o novo Protocolo de Tratamento de Influenza 2013, na SG, em casos excepcionais e com base no julgamento clínico, o tratamento antiviral (fosfato de oseltamivir) 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 de Tratamento de Influenza 2013 - disponível no site: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=10408&codModuloArea=783&chamada=protocolo-de-tratamento-de-influenza-2013>.

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.

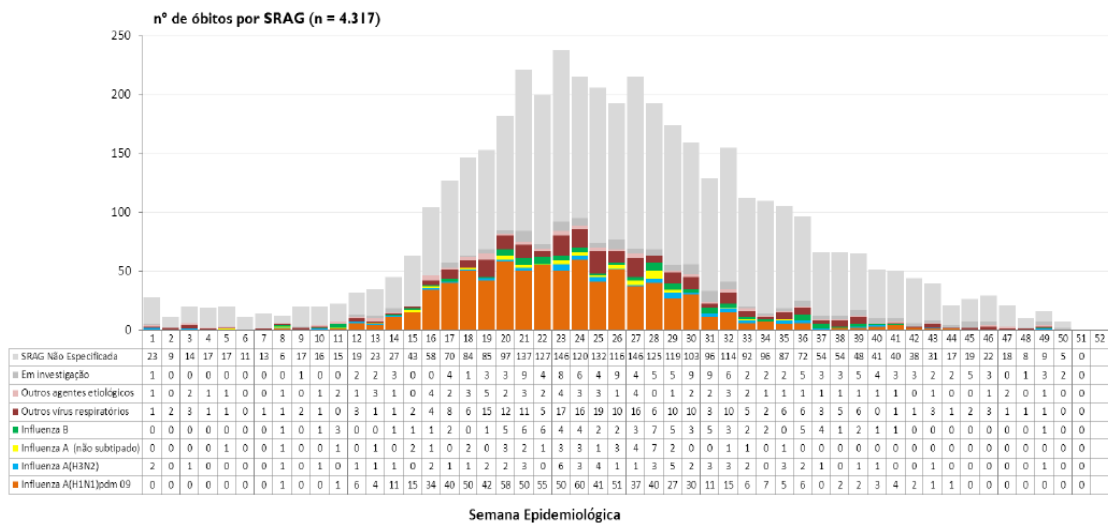
NO BRASIL

Conforme o Boletim Informativo do Ministério da Saúde, até a SE 51/2013, foram registrados no Sinan *online* um total de 36.023 casos de SRAG que foram hospitalizados (Figura 6), destes 12% (n= 4.317) evoluíram para óbito. Do total de casos, os vírus influenza foram responsáveis por 16,5% (5.930), sendo que, destes, 62,9% (n= 3.733) foram pelos vírus A (H1N1) pdm 09. As maiores proporções de casos de SRAG hospitalizados encontravam-se em residentes nas regiões Sudeste e Sul do país. Do total de óbitos por SRAG hospitalizados, a influenza foi responsável por 22,1% (n= 955); destes, 80,3% (768) foram pelo vírus A (H1N1)pdm 09; 8,9% representados pelo vírus influenza B e 6,5% pelo vírus influenza A (H3N2) (Figura 7). Dentre os casos confirmados de SRAG hospitalizados para o vírus Influenza A (H1N1)pdm 09 (3.733), 70,9% pertencem à região Sudeste, tendo havido aumento da atividade viral a partir da SE 12 e pico na SE 23/13.



Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 51 de 2013.

Figura 6. Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, segundo diagnóstico etiológico e SE de início dos sintomas. Brasil, 2013.



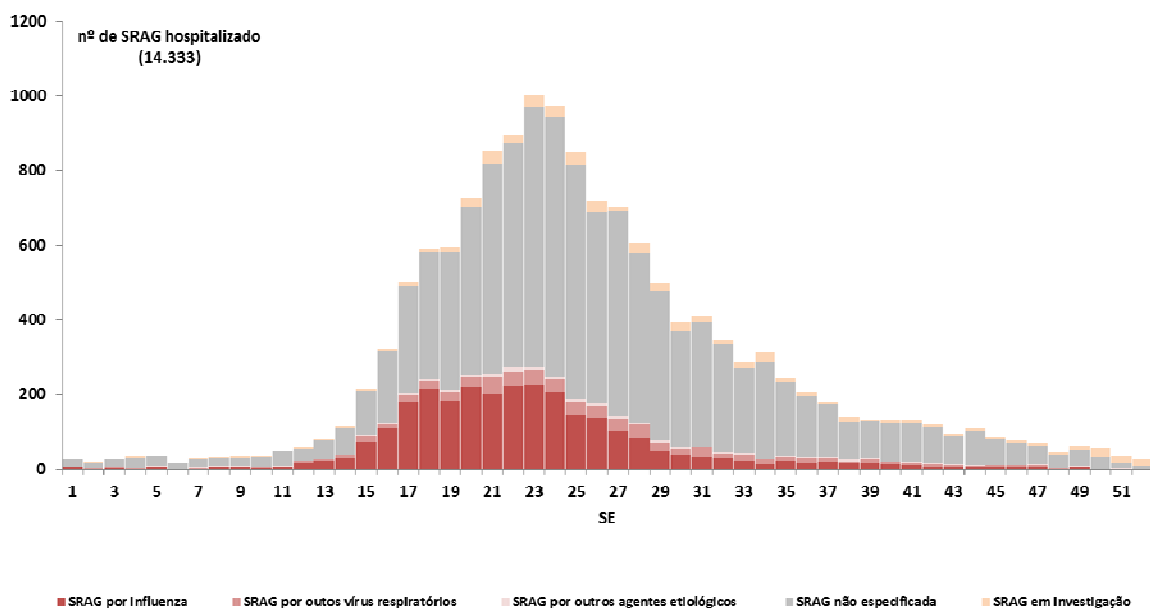
Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 51 de 2013.

Figura 7. Distribuição dos óbitos por SRAG hospitalizados, segundo vírus identificado e SE do início dos sintomas. Brasil, 2013.

NO ESTADO DE SÃO PAULO

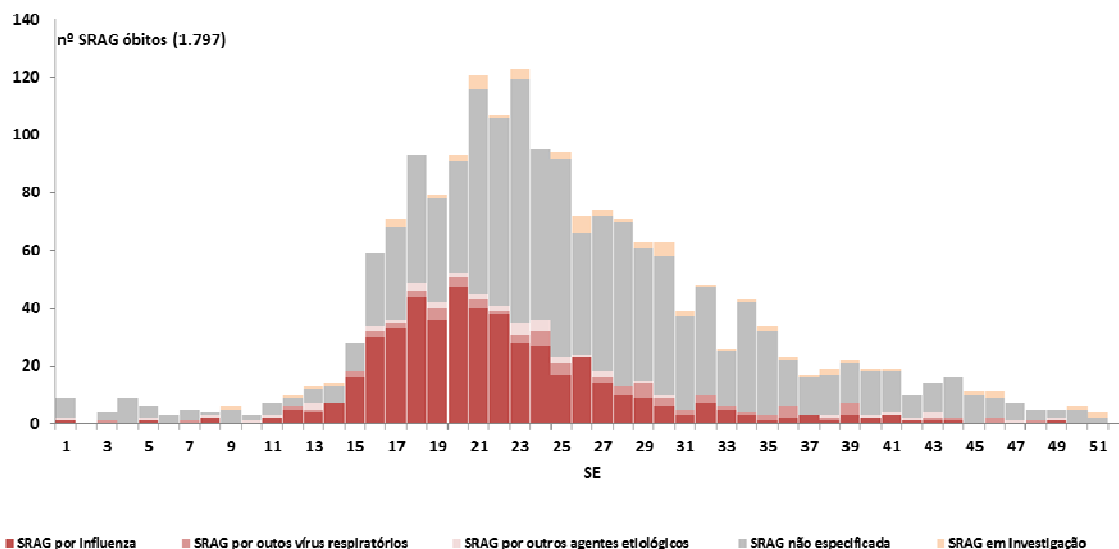
Até 29 de dezembro de 2013 (SE 52), foram notificados 14.333 casos de SRAG hospitalizados (Figura 8), sendo que 19,3% (2.763) foram casos confirmados para o vírus influenza, 71,4% (1.973) confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm 09, 5,6% (154) confirmados para o vírus influenza A sazonal e 21,3% (588) confirmados para o vírus influenza B. Dentre os casos confirmados para influenza A, 1,7% (47) não foram subtipados.

Foram registrados 1.797 óbitos por SRAG hospitalizados (Figura 9), destes 477 (26,5%) identificados para o vírus influenza, sendo que 84,9% (405) foram confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09; 3,8% (18) para o A (H3) Sazonal; 9,0% (43) para o B Sazonal e 2,3% (11) para o A não subtipado.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 13/01/2014, dados sujeitos à alteração.

Figura 8. Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, segundo diagnóstico etiológico e SE de início dos sintomas, ESP, SE 52/2013.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 13/01/2014, dados sujeitos à alteração.

Figura 9. Distribuição dos óbitos de SRAG hospitalizados, segundo classificação final e semana epidemiológica (SE) de início dos sintomas, ESP, SE 52/2013.

Os casos de SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm09 foram distribuídos em 245 (37,9%) municípios, sendo que 879 (44,5%) casos e 158 (39,0%) óbitos ocorreram na Grande São Paulo (Figura 10 - A e B).

A faixa etária com maior proporção (30,1%) de acometidos pela SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm09 foi de 45-59 anos, com mediana de 53 anos.

Dentre todos os óbitos por SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm09, 285 (70,4%) apresentavam pelo menos uma comorbidade, incluindo cinco gestantes, além de quatro gestantes sem comorbidade. Dentre nove gestantes que evoluíram a óbito, quatro encontravam-se no 3º trimestre, três no 2º trimestre, duas no 1º trimestre. As gestantes residiam nos municípios de: Americana (1), Itapevi (2), Guaratinguetá (1), Guarujá (1), São Paulo (1), São Vicente (1), Urânia (1) e Monte Azul Paulista (1).

Entre os casos confirmados de SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm 09 que evoluíram para cura, 1.506 (85,1%) foram tratados com antiviral. A oportunidade de tratamento, ou seja, diferença entre a data do início dos sintomas e a data da introdução do oseltamivir, apresentou mediana de três (0-93) dias. Dentre os que evoluíram a óbito, 328 (80,9%) foram tratados, sendo a mediana de cinco (0-47) dias. O tratamento em até 48 horas foi instituído em 100 (30,4%) óbitos tratados. Quando considerada a oportunidade de tratamento em relação à data de internação, 17 (5,3%) foram tratados anteriormente à hospitalização e 301 (91,7%) foram tratados com mediana de 0 (0-45) dia.

Em relação ao uso de suporte ventilatório, 465 pacientes fizeram uso de suporte ventilatório invasivo, sendo que 206 (44,35%) evoluíram para cura e 259 (55,7%) para óbito. O suporte ventilatório não invasivo foi utilizado em 597 pacientes, sendo que 518 (86,8%) evoluíram

para cura e 79 (13,2%) para óbito. Dentre 742 casos internados em UTI, 300 (40,4%) evoluíram a óbito, já entre os não internados em UTI, 89 (8,2%) evoluíram a óbito.

Ainda dentre todos os óbitos por SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1), quanto à situação vacinal, 286 (71%) óbitos possuíam informação, sendo 257 (90%) não vacinados, 29 (10%) vacinados. Dentre os vacinados, cinco (17,2%) apresentaram data de vacinação inferior a 15 dias, 11 (37,9%) sem registro de data, 10 (34%) adequadamente vacinados, 03 (10,2%) vacinados em 2012.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 13/01/2014, dados sujeitos à alteração.

Figura 10. Casos (A) e óbitos (B) de SRAG hospitalizados confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09, segundo município de residência, ESP, SE 52/2013.

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, apresentando febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de

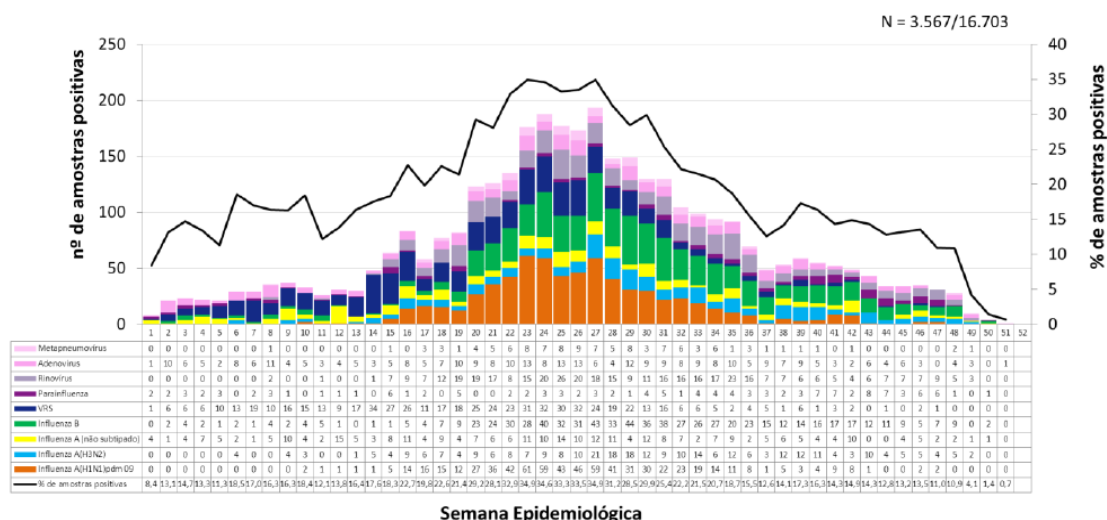
garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de SG: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

No Brasil, as informações apresentadas neste boletim a respeito da vigilância sentinela baseiam-se nos dados de 218 unidades sentinelas distribuídas em todas as regiões geográficas do país: Norte (22 de SG e 10 de SRAG), Nordeste (27 de SG e 17 de SRAG), Sudeste (36 de SG e 10 de SRAG), Sul (40 de SG e 41 de SRAG) e Centro Oeste (11 de SG e 4 de SRAG). A partir de 2013, a vigilância sentinela da influenza está sendo reestruturada e ampliada e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas que a compõem.

NO BRASIL

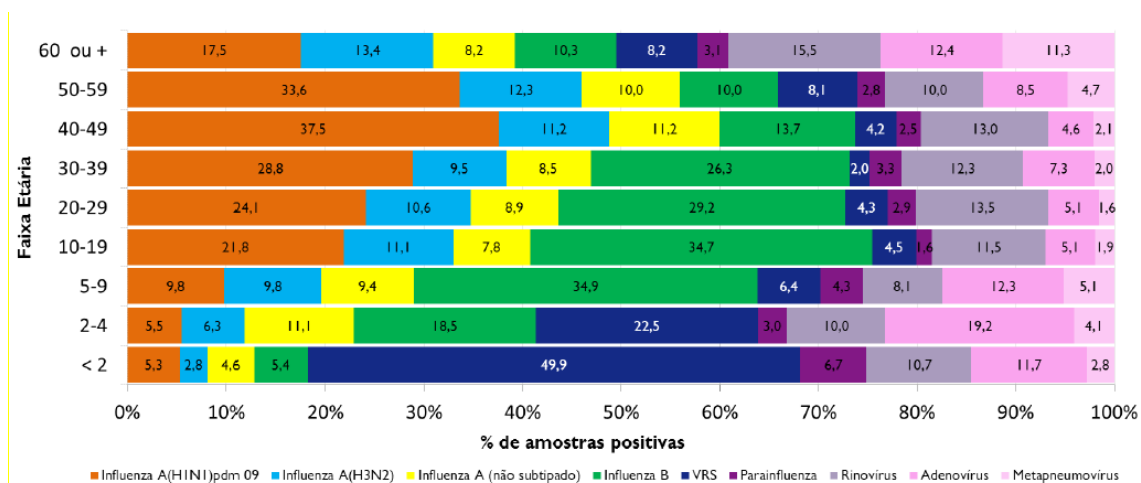
Até a SE 51 de 2013, foram coletadas 16.703 amostras biológicas. Destas, 21,4% (3.567) foram positivas para o vírus influenza ou outros vírus respiratórios. Predominou a circulação do VRS no início do ano e, entre março e abril, aumentou a atividade dos vírus influenza: o vírus influenza A (H1N1)pdm09 em maior intensidade, embora com aumento na circulação dos vírus influenza B e influenza A(H3N2), a partir das SE 20 e 27, respectivamente (Figura 11). Os maiores números de amostras positivas foram registrados entre as SE 23 e 27, com queda expressiva na positividade, a partir da SE 27/13.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 26/12/2013, sujeitos à alteração devido ao tempo necessário para o encerramento de casos.

Figura 11. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2013 até a SE 51.

No que concerne à circulação dos vírus por faixa etária (Figura 12), o vírus influenza A (H1N1)pdm09 predominou nos indivíduos entre 30 e 59 anos, em maior proporção naqueles com 40 a 49 anos, e o vírus influenza B predominou entre os mais jovens, principalmente naqueles com 5 a 19 anos. Entre os demais vírus respiratórios, houve destaque para o predomínio na circulação do VRS em menores de cinco anos.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 26/12/2013, sujeitos à alteração.

Figura 12. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por faixa etária. Brasil, 2013 até a SE 51.

NO ESTADO DE SÃO PAULO

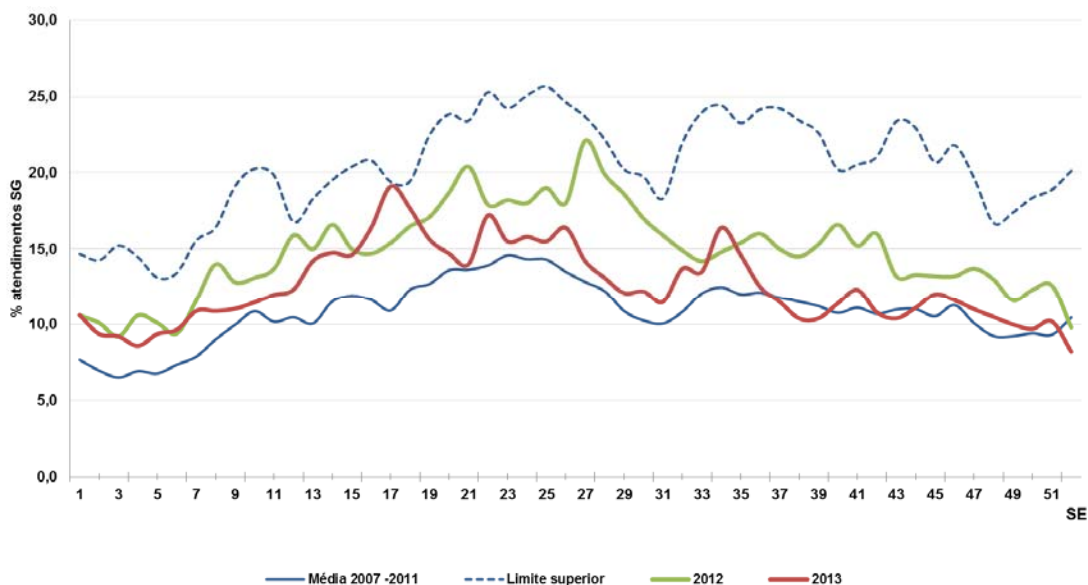
Até a SE 12/2013, o Estado de São Paulo contava com 10 unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) para a vigilância da influenza sazonal, estrategicamente distribuídas na Grande São Paulo e Interior, sendo a meta individual a coleta de cinco amostras biológicas por SE. Em decorrência da Portaria 2.693/GM/MS de novembro de 2011, cinco novas unidades sentinelas de SG e três unidades de UTI-SRAG foram implantadas no Estado até a SE 38/13. Para a análise criteriosa dos dados consolidados, ressalta-se que:

- no sistema de registro de informações anterior, Sivep-Gripe (antigo), não era possível registrar o subtipo de Influenza A identificado a partir da RT-PCR;
- o sistema de registro de informações atual, Sivep-Gripe (novo), foi liberado a partir da SE 12, sendo a adesão heterogênea entre as unidades sentinelas;
- atualmente, o diagnóstico diferencial, por meio da Imunofluorescência indireta (IFI), que permite a identificação de outros vírus respiratórios do painel (adenovírus, parainfluenza, VSR), ainda é realizado para algumas unidades sentinelas, tendo em vista que estas amostras biológicas não devem ser congeladas. Todavia, a tendência é esta técnica ser paulatinamente substituída pela RT-PCR, em nível nacional.

Dessa forma, a interpretação das informações contidas nos sistemas disponíveis deve ser realizada com cautela.

De acordo com os dados disponíveis no Sivep-Gripe, em 2013, observou-se aumento progressivo da proporção de atendimento de casos de SG, em relação ao atendimento por

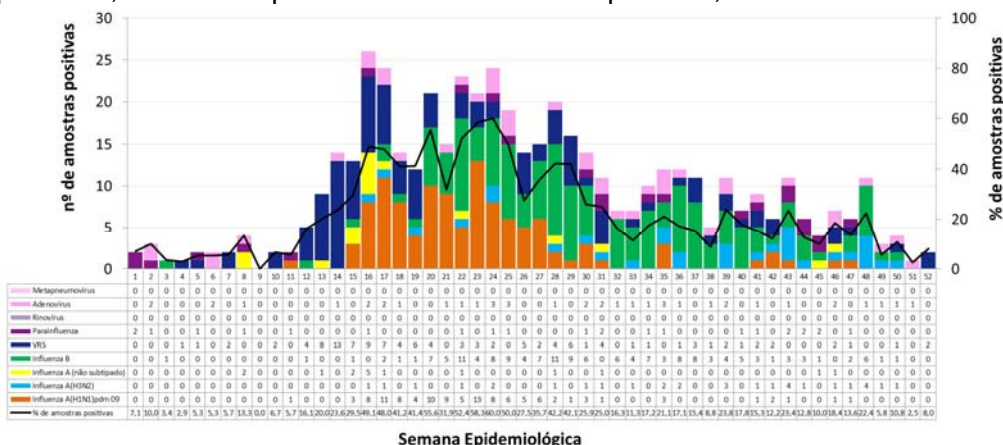
clínica médica e pediatria até SE17/13, com declínio posterior, como ilustra o diagrama de controle (Figura 13).



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/04/2014, sujeitos à alteração.

Figura 13. Distribuição da proporção de atendimentos de Síndrome Gripal (SG), em relação ao total de atendimentos de clínica médica / pediatria nas unidades sentinelas do Estado de São Paulo, 2007 a 2013.

Os vírus influenza B e A foram identificados, respectivamente nas SE 3 e SE 8 de 2013. A partir da SE 15/2013, verificou-se o aumento da atividade viral do vírus influenza A (H1N1) pdm09, com pico na SE 23/13. Cocirculou, no período, o vírus influenza B e o A (H3N2) (Figura 14). Dentre as amostras testadas para o painel de vírus respiratórios, 185 foram positivas, sendo 118 para o Vírus Sincicial Respiratório; 43 Adenovírus e 24 Parainfluenza.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/1/2014, sujeitos à alteração.

Figura 14. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. Estado de São Paulo, 2013.

Na temporada 2013, as cepas mais prevalentes no ESP, caracterizadas (antigênica e genômica) pelo Núcleo de Doenças Respiratórias do Centro de Virologia/IAL, participante da Rede Nacional de Vigilância da Influenza e da Global Influenza Surveillance Network (GISN), foram:

- Influenza A/California/07/2009 - H1N1(pdm09);
- Influenza A/Victoria/361/2011 - H3N2 – like;
- Influenza B/Brisbane/60/2008 - like; linhagem Victoria.

As estirpes identificadas no ano de 2013, no estado, foram sensíveis ao oseltamivir e zanamivir.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO

Durante a campanha de vacinação contra a influenza, em 2013, foram vacinadas 9.118.606 pessoas. Foram administradas 6.717.988 doses da vacina influenza nos grupos prioritários (crianças, gestantes, trabalhadores de saúde, puérperas, idosos, indígenas e população privada de liberdade) e 2.400.618 doses nos grupos com comorbidades.

A cobertura vacinal, de acordo com o grupo populacional vacinado, está demonstrada, na tabela 1 e a de doses da vacina influenza segundo o grupo de comorbidade, na tabela 2.

Tabela 1. Distribuição da população, doses e cobertura vacinal na Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, segundo grupos prioritários. ESP, 2013.

| Grupos Prioritários* | População | Dose | Cobertura Vacinal (|
|------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Crianças | 915.493 | 905.6647 | 98,92 |
| Trabalhadores da saúde | 800.468 | 968.681 | 121,01 |
| Gestante | 457.751 | 409.086 | 89,37 |
| Puérperas | 75.225 | 86.495 | 114,98 |
| Indígenas | 4.628 | 5.763 | 124,52 |
| Idosos | 4.841.080 | 4.234.167 | 87,46 |
| Total | 7.094.645 | 6.609.839 | 93,17 |

* Exceto população privada de liberdade (127.553 doses da vacina influenza).

Fonte: PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, até SE 40/2013, sujeito à alteração. Disponível em http://pni.datasus.gov.br/consulta_influenza_13_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=coberturas

Tabela 2. Distribuição das doses da vacina influenza na Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, segundo grupos de comorbidades. ESP, 2013.

| Grupos com Comorbidades | Doses Aplicadas |
|--------------------------------|------------------------|
| Doença respiratória crônica | 1.415.686 |
| Doença cardíaca crônica | 306.955 |
| Doença renal crônica | 41.303 |
| Doença hepática crônica | 28.522 |
| Doença neurológica crônica | 98.655 |
| Diabetes | 324.046 |
| Obesos | 51.915 |
| Imunossupressão | 123.621 |
| Transplantados | 9.915 |
| Total | 2.400.618 |

Fonte: PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, até SE 40/2013, sujeito à alteração. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_Influenza_13_selecao.asp?enviar=ok&sel=doses05&faixa=todos&grupo=todos&uf=SP

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 fevereiro a setembro de 2013, as cepas mais prevalentes no hemisfério sul contempladas na recomendação da vacina trivalente da temporada 2014 foram:

- A/California/07/2009 (H1N1)pdm09-like virus;
- A/Texas/50/2012 (H3N2)-like virus;
- B/Massachusetts/2/2012-like virus.

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, puérperas, 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, regional 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 (oseltamivir/zanamivir) 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 precocemente 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) estabelecer Planos Operativos factíveis com vistas aos EVENTOS DE MASSA, previstos em sua área de abrangência;
- k) distribuição de material técnico (informes, boletins, etc.) e educativo (etiqueta respiratória, campanhas de vacinação), junto aos profissionais de saúde, setor da educação, agências de turismo, comissões gestoras, conselhos de classe e população em geral;
- l) efetivar e fortalecer parcerias.

BIBLIOGRAFIAS UTILIZADAS E RECOMENDADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Informativo – 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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 37 de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe 2013 de 15/04/2013 a 31/05/2013. [acesso em 03 OUT 2013]. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_influenza_13_selecao.asp.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Boletim Informativo. Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG / Influenza – SE 37/2013.

World Health Organization. Influenza update. [acesso em 27 SET 2013]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2013_09_26_surveillance_update_195.pdf.

World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014 southern hemisphere influenza season. [acesso em 27 SET 2013]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201309_recommendation.pdf.

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, janeiro de 2014.

Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar — Pacaembu CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8741 — Fax: 55 11 3082-9359/9395 — E-mail: be-cve@saude.sp.gov.br

NOTÍCIAS...**LANÇAMENTO DO CADERNO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE AMBIENTAL***Roda de debates*

No dia 5 de dezembro foi lançado na Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP) o Caderno Vigilância Epidemiológica em Saúde Ambiental.

A abertura contou com a presença do Prof. Dr. Marcos Boulos, coordenador da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Prof. Dr. Pedro Mancuso (FSP/USP), Dr. José Malheiros, do COSEMS e Núbia Virgínia D.

Araujo, diretora substituta do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).

Posteriormente, participaram de uma RODA de Debates vários especialistas da área como: Prof Dr. Paulo Saldiva da Faculdade de Medicina da USP, Prof Dr. Pedro Mancuso da Faculdade de Saúde Pública da USP, Prof. Dr. Nelson Gouveia da Faculdade de Medicina da USP, Dr. José Lutti do Ministério Público Estadual, Prof. Dr. Eduardo Capitani da UNICAMP, Profa. Dra. Gisela Umbuzeiro da UNICAMP, Dr. Guilherme Franco Netto da Fiocruz, Dr. Americo Sampaio da SABESP, Dra. Rúbia Kuno da CETESB, Dr. Danilo Costa do Ministério do Trabalho, Dra. Arline Arcuri da Fundacentro e Edson Aparecido da Frente Nacional do Saneamento Ambiental.

A publicação foi elaborada pela Divisão de Doenças Ocasionalmente pelo Meio Ambiente do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”/CCD/SES-SP.

Segundo Organização Mundial da Saúde, cerca de 25% da carga de doenças hoje está relacionada aos impactos ambientais, sendo então necessário desenvolver metodologias para medidas voltadas para saúde.

Esta publicação, tem como preocupação a vigilância de população exposta a agravos ambientais e seu principal objetivo é orientar serviços locais e regionais nas ações de vigilância em saúde ambiental.

O Prólogo foi escrito pela representação da Organização Panamericana de Saúde-OPAS, sediada em Washington/USA, descrevendo principais aspectos nas Américas. No Prefácio o Ministério da Saúde avalia as ações nacionais e posteriormente são apresentadas pela equipe Técnica as ações de Vigilância em Saúde de população considerando exposição a agravos ambientais como: poluição do ar, áreas contaminadas, substâncias químicas e desastres. São apresentados relatos de casos ocorridos no estado de São Paulo, como investigação da exposição a mercúrio metálico após descarte irregular, encontrado por crianças que levaram para escola ocorrendo a exposição de 113 pessoas.

Ao final do caderno há um glossário com definições utilizadas em Saúde Ambiental. Visando destacar a necessária interface da saúde com outras áreas pertinentes, entre os capítulos são apresentados relatos, citações de especialistas no tema e instituições envolvidas, como Dr. Paulo Saldiva, Dr Nelson Gouveia, Prof Adelaide Nardocci, CETESB, SABESP, CVS/SES, Defesa Civil, etc. O caderno está disponível para acesso no link:

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/DOMA/doma13_caderno_ambiental.pdf

EXPEDIENTE

O **e-BECVE** é uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

Todo o material publicado é de domínio público permitindo-se sua reprodução desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

Sugestão para citação: CVE ou Sobrenome e Iniciais do Nome dos Autores. Título do trabalho. BE CVE (Ano da Publicação); (No. Vol.)(No. Boletim); (no. página inicial no. página final do trabalho).

Editor – Ana Freitas Ribeiro

Editor Executivo – Cecília Santos Silva Abdalla

Equipe editorial

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Cláudia Valencia Montero

Claudio Celso Monteiro Jr.

Daniel Marques

Geraldine Madalosso

Letícia Maria de Campos

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Editores e Arte final

Zilda Souza