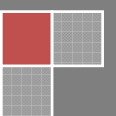


2013

**INFORME TÉCNICO  
INFLUENZA- ESP**

DDTR

09/10/2013





## INFORME TÉCNICO

### Situação Epidemiológica da Influenza Vigilância Sentinela da Influenza Estado de São Paulo – Brasil

#### Cenário global

Segundo o boletim nº 195 (30/9/2013) da Organização Mundial da Saúde (OMS), no tangente à situação epidemiológica atual da influenza (Figuras 1, 2 e 3), destacam-se:

- no Hemisfério Norte, nas zonas temperadas, manteve-se em níveis intersazonais e houve predominância do vírus Influenza A não subtipado;

- na Ásia Tropical, a maioria das regiões apresentou diminuição dos casos de influenza; com exceção de Hong Kong e China onde se observou atividade viral aumentada relacionada ao vírus influenza A (H3N2);

- na região do Caribe da América Central e América do Sul Tropical a sazonalidade da influenza apresentou declínio acentuado. Os principais vírus respiratórios identificados na região foram o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Influenza A (H1N1) pdm09 e A (H3N2), desde maio do presente ano;

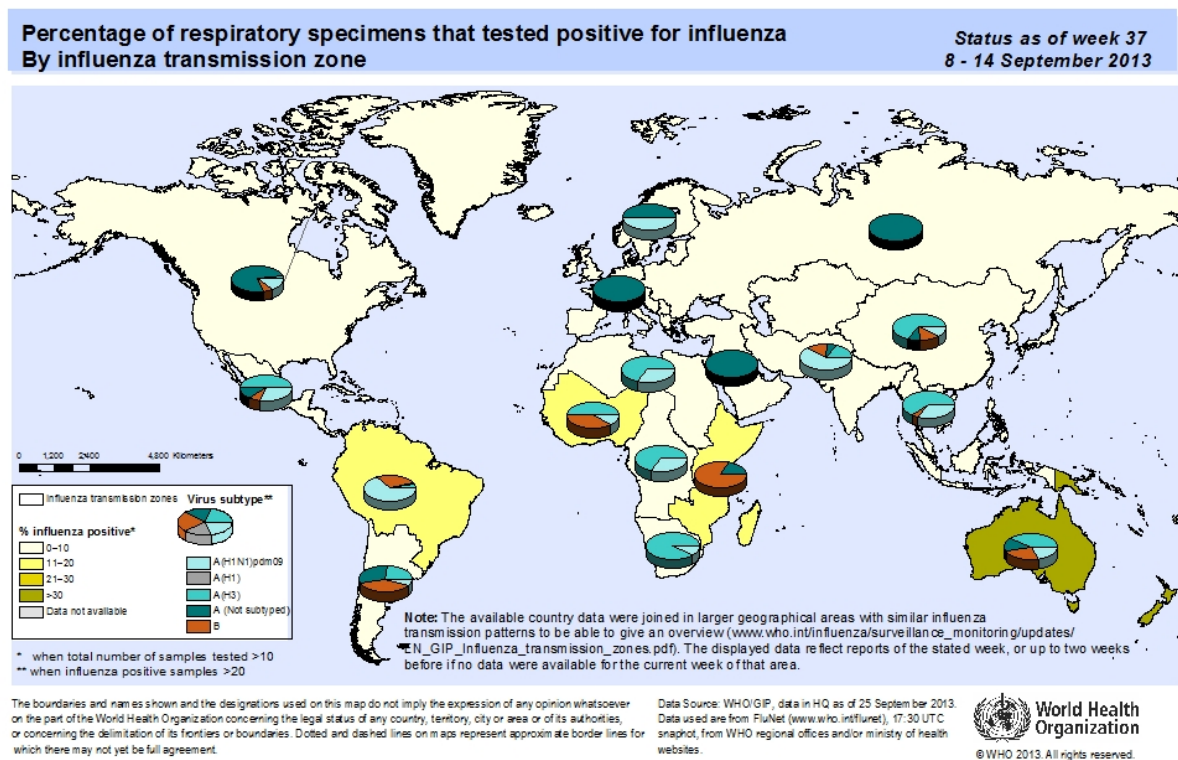
- nos países temperados da América do Sul e África do Sul, a influenza apresentou atividade máxima no final de junho. A atividade viral nessas regiões foi principalmente relacionada ao vírus Influenza A (H1N1) pdm09, durante toda temporada de 2013, mas desde julho foi observado maior identificação de casos de Influenza A (H3N2) e influenza B;

- na Austrália e Nova Zelândia, houve início tardio da temporada da influenza registrada em agosto. Cocirculação dos vírus Influenza A (H3N2), influenza A (H1N1) pdm 09 e influenza B, em ambos os países;

- na China, já foram identificados 135 casos de infecção humana pelo vírus aviário influenza A (H7N9) e 44 óbitos, distribuídos em 13 províncias chinesas, com maior concentração de casos em Shangai, Zhejiang e Jiangsu, até agosto de 2013. Até o presente, considerada transmissão esporádica, sem transmissão sustentada interhumana (Figura 4);

- em relação à infecção humana pelo vírus influenza A (H5N1), de 2003 a julho de 2013, foram confirmados 633 casos e 377 óbitos, oficialmente reportados por 15 países. Os casos mais recentes (2013) foram identificados em seis países, com maior concentração de casos no Camboja (13 casos e 9 óbitos), China, Bangladesh, Vietnã, Indonésia e Egito. Todos os casos são considerados esporádicos, sem evidência de transmissão em nível comunitário (Figura 5).

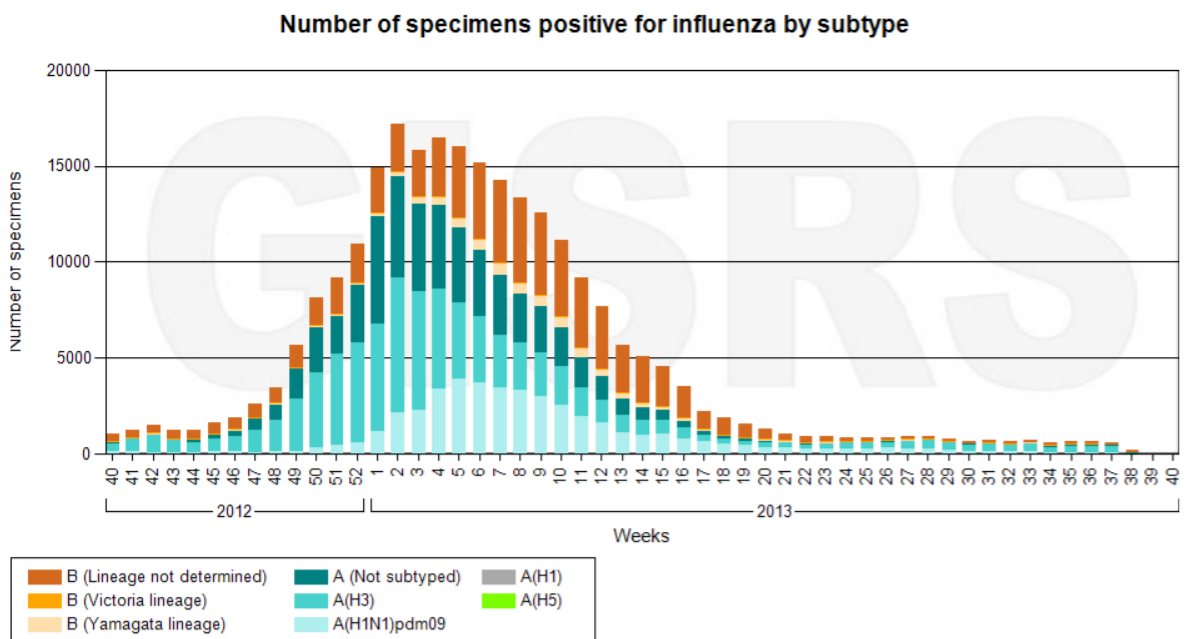
**Figura 1.** Distribuição percentual de amostras respiratórias positivas para o vírus influenza por zona de transmissão. Situação da Semana Epidemiológica 37/2013.



Fonte: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/2013\\_09\\_30\\_influenza\\_update\\_195\\_week\\_37\\_main.jpg](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2013_09_30_influenza_update_195_week_37_main.jpg). Acessado em outubro de 2013.

**Figura 2.** Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Norte – Semana Epidemiológica 40 de 2012 a 38 de 2013.

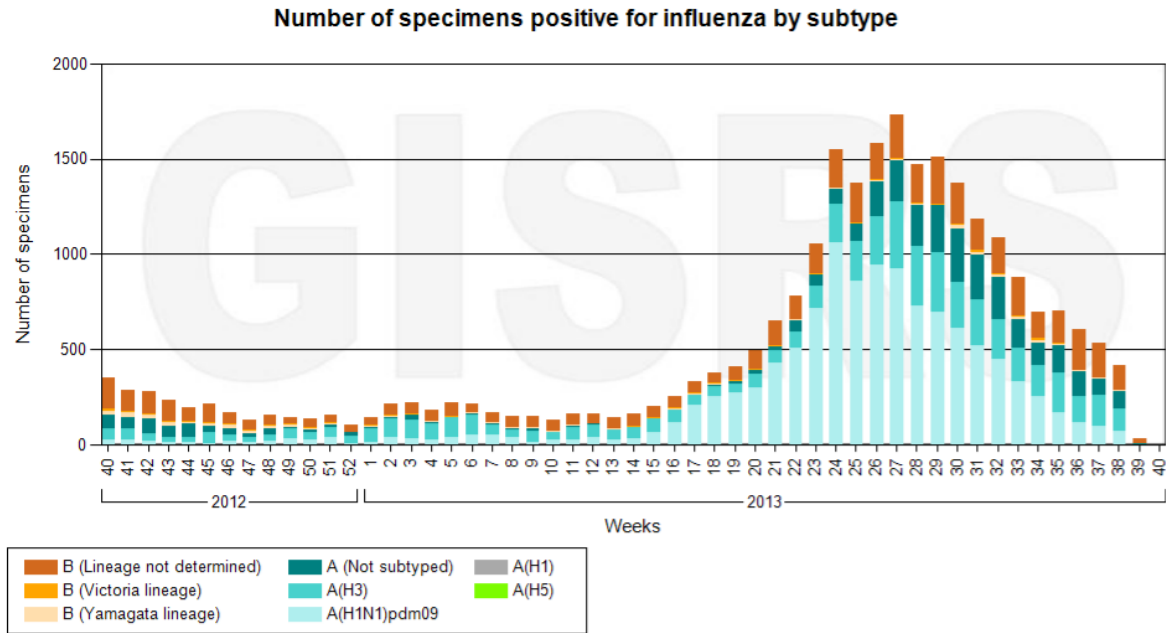
**Northern hemisphere**



Fonte: <http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Northern>. Acessado em outubro de 2013.

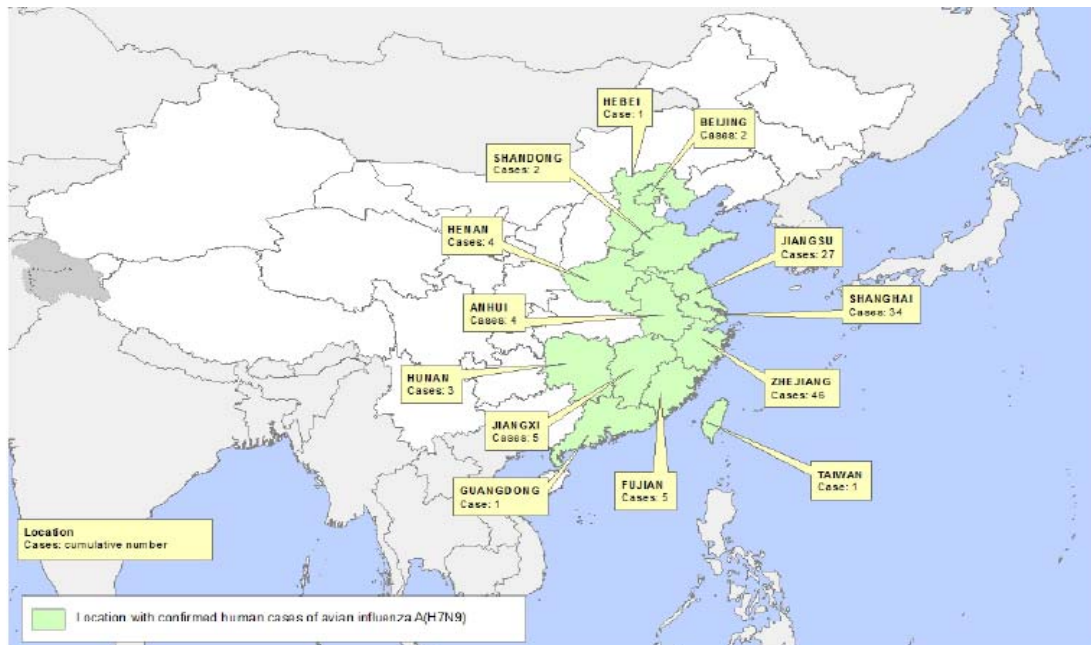
**Figura 3.** Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Sul – Semana Epidemiológica 40 de 2012 a 39 de 2013.

**Southern hemisphere**



Fonte: <http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Southern>. Acessado em outubro de 2013.

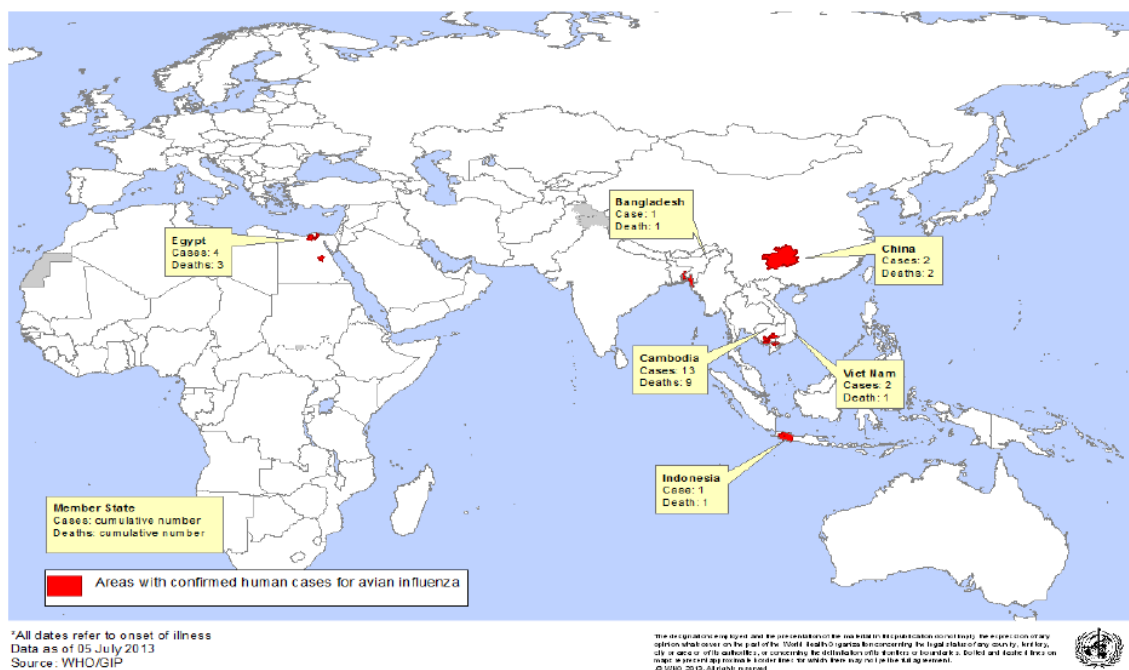
**Figura 4.** Distribuição do número de casos confirmados de Influenza A(H7N9), segundo área geográfica, 2013.



Data as of 12 August 2013, 14:45 GMT+1  
Source: WHO/GIP

Fonte: [http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/influenza\\_h7n9/Data\\_Reports/en/index.html](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/Data_Reports/en/index.html).  
Acessado em outubro de 2013.

**Figura 5.** Distribuição do número de casos e óbitos confirmados de Influenza A(H5N1), segundo área geográfica, 2013.



Fonte: [http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/Influenza\\_Summary\\_IRA\\_HA\\_interface\\_03July13.pdf](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_03July13.pdf). Acessado em outubro de 2013.

## SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Segundo 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: cefaléia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico, e que apresente dispnéia, ou os seguintes sinais de gravidade:

- saturação de SpO<sub>2</sub> < 95% em ar ambiente;
- sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com idade;
- piora nas condições clínicas de doença de base;
- hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

### Observações:

- Em crianças, além dos itens 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.

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 SRAG e dos casos de SG com fatores de risco associados, segundo definição de caso do “Protocolo de Tratamento de Influenza – 2013”, **independente de qualquer solicitação de exame / confirmação laboratorial**. Para atingir sua eficácia máxima, o antiviral deve ser iniciado nas primeiras 48 horas após o início da doença, independente da situação vacinal. Entretanto, mesmo ultrapassado esse período o MS indica a prescrição do medicamento”.

Ainda 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](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=10408&codModuloArea=783&chamada=protocolo-de-tratamento-de-influenza-_-2013).

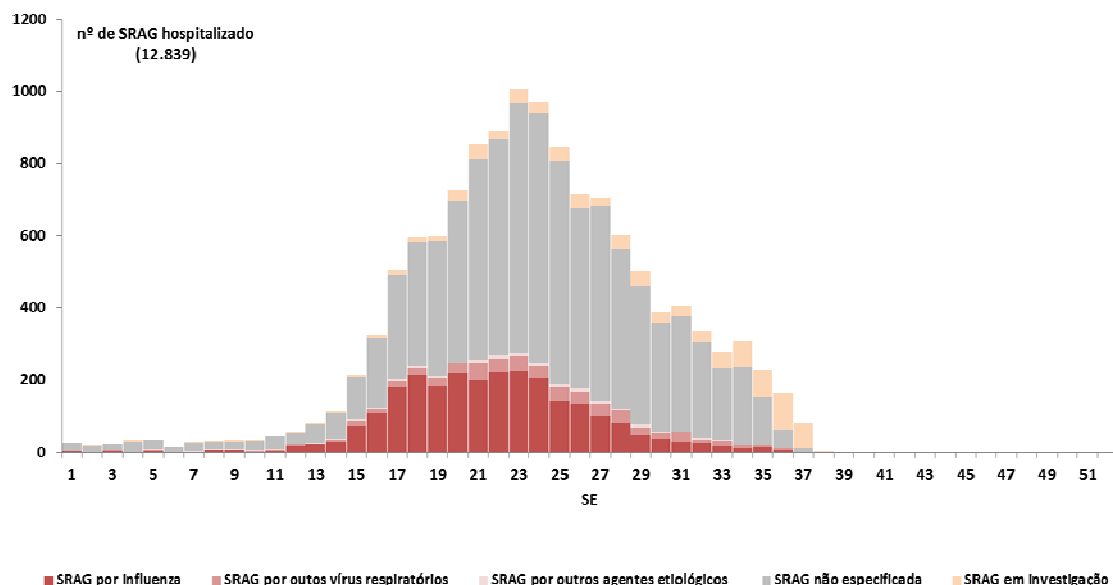
No sentido de facilitar a prescrição do medicamento **Oseltamivir**, o MS informou que por determinação da ANVISA, segundo RDC 39 de 09/07/2012, este medicamento foi retirado da Lista C1 da RDC Nº 70 de 23/12/2009 que trata de “outras substâncias sujeitas a controle especial”. Desse modo, não será mais 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 37/2013, foram registrados no Sinan *online* um total de 30.324 casos de SRAG que foram hospitalizados (Figura 6), destes 11,1% (3.377) evoluíram para óbito. Do total de casos, os vírus influenza foram responsáveis por 17,9% (5.429), sendo destes 65,5% (3.555) foram pelos vírus A (H1N1) pdm09. As maiores proporções de casos de SRAG hospitalizados são de residentes nas regiões Sudeste 59,1% (3.209) e Sul 31,8% (1.726). Do total de óbitos por SRAG hospitalizados, a influenza foi responsável por 25,8% (871) e destes, 82,8% (722) foram pelo vírus A (H1N1) pdm09 (Figura 7). Dentre os casos confirmados de SRAG hospitalizados para o vírus Influenza A (H1N1) pdm09 (3.555), 73,7% (2.365) pertencem à região Sudeste, tendo aumento da atividade a partir da SE 12 e pico na SE 23

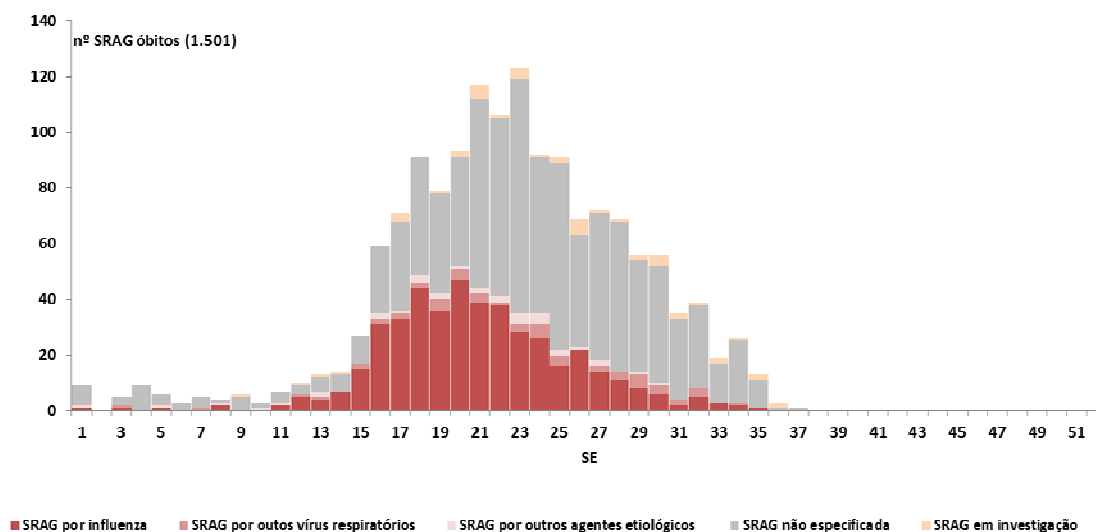


**Figura 8.** Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, segundo diagnóstico etiológico e SE de início dos sintomas, ESP, SE 37/2013.



Fonte: SinanWeb, até SE37/2013, 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 37/2013.



Fonte: SinanWeb, até SE 37/2013, dados sujeitos à alteração.

Os casos de SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm09 foram distribuídos em 238 (37%) municípios, sendo que 867 (45%) casos e 151 (38,5%) óbitos ocorreram na Grande São Paulo (Figura 10 - A e B).

A faixa etária com maior proporção (42%) de acometidos pela SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) foi de 45-59 anos, com mediana de 53 anos.

Dentre todos os óbitos por SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1), 277 (71%) apresentavam pelo menos uma comorbidade, incluindo cinco gestantes, além de duas

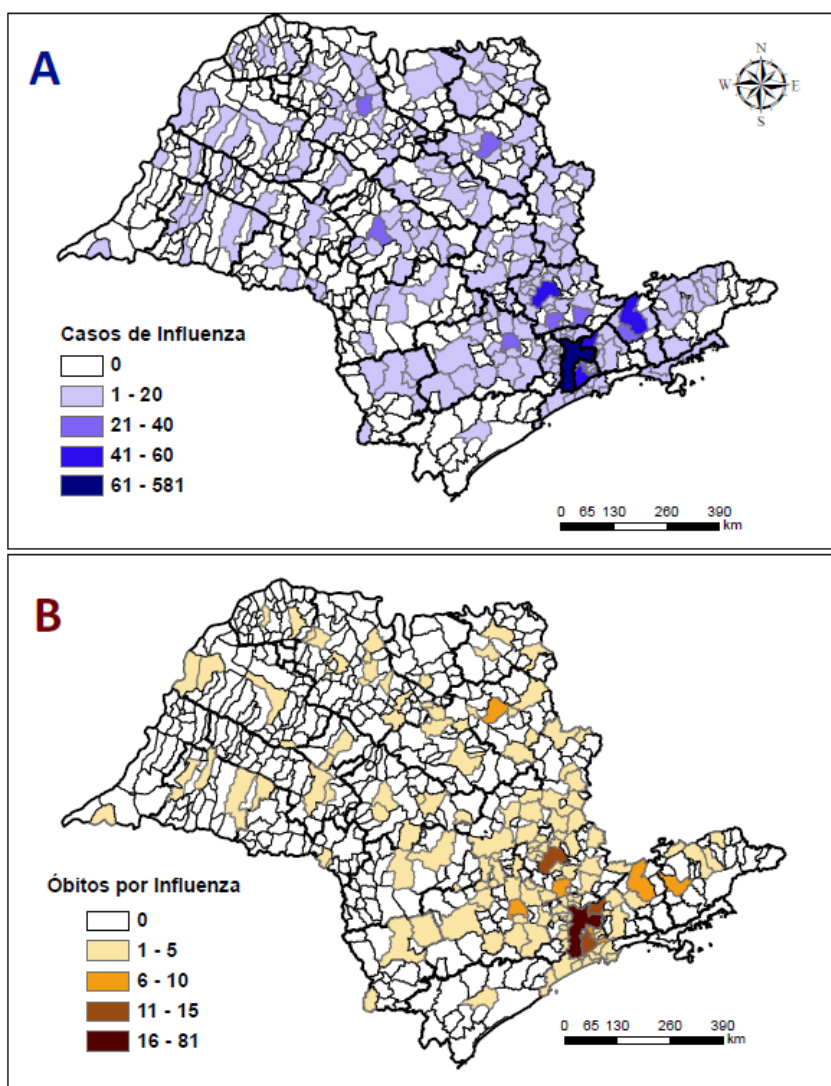


gestantes sem comorbidade. Dentre sete gestantes que evoluíram a óbito, quatro encontravam-se no 3º trimestre, duas no 2º trimestre, uma no 1º trimestre. As gestantes residiam nos municípios de: Americana (1), Itapevi (2), Guaratinguetá (1), Guarujá (1), São Paulo (1) e Urânia (1).

Entre os casos confirmados de SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1)pdm 09 que evoluíram para cura, 1.236 (85%) 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, 317 (81%) foram tratados, sendo a mediana de cinco (0-47) dias. O tratamento em até 48 horas foi instituído em 99 (31%) óbitos tratados. Quando considerada a oportunidade tratamento em relação à data de internação, 16 (5%) foram tratados anteriormente à hospitalização e 293 (92%) foram tratados com mediana de 0 (0-45) dia.

Ainda dentre todos os óbitos por SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1), quanto à situação vacinal, 278 (71%) óbitos possuíam informação, sendo 248 (89%) não vacinados, 30 (11%) vacinados. Dentre os vacinados, cinco (16,7%) apresentaram data de vacinação inferior a 15 dias, 11 (36,7%) sem registro de data, 10 (33%) adequadamente vacinados, 04 (13,2%) vacinados em 2012.

**Figura 10.** Casos (A) e óbitos (B) de SRAG hospitalizados confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09, segundo município de residência, ESP, SE 37/2013.



## 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: cefaléia, 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.

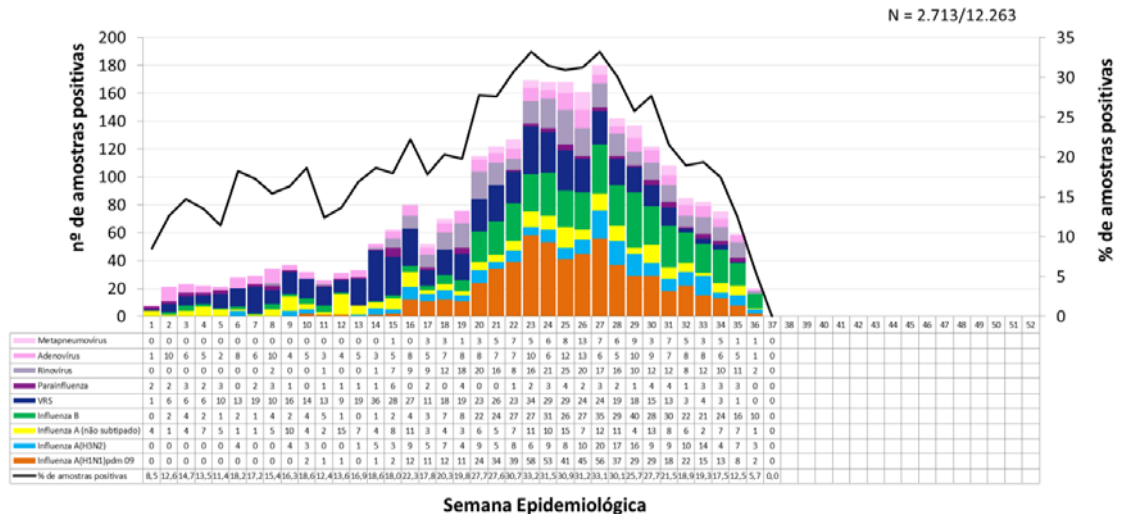
No Brasil, a vigilância sentinela baseiam-se nos dados de 204 unidades sentinelas distribuídas em todas as regiões geográficas do país: Norte (21 de SG e 9 de SRAG), Nordeste (26 de SG e 15 de SRAG), Sudeste (34 de SG e 10 de SRAG), Sul (38 de SG e 40 de SRAG) e Centro Oeste (9 de SG e 2 de SRAG).

As informações aqui apresentadas são referentes às amostras coletadas nas unidades sentinelas 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 Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 37 de 2013, foram coletadas 12.236 amostras respiratórias, Das amostras testadas para o painel de vírus respiratórios, 2.713 foram positivas. Neste ano predominou a circulação do VRS no início do ano e, entre março e abril, observou-se aumento na circulação do vírus influenza A (H1N1) pdm09, como também houve aumento na circulação do vírus B a partir da SE 20 (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.

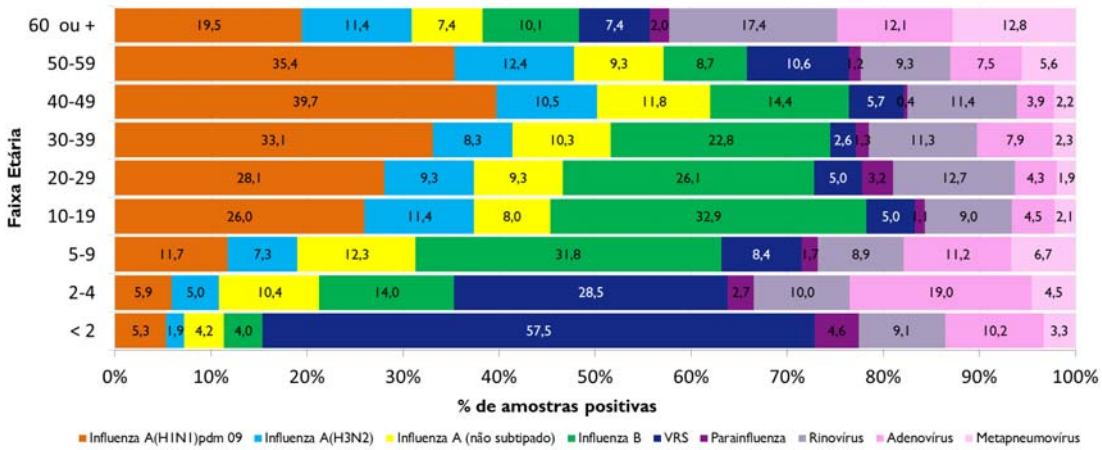
**Figura 11.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2013 até a SE 37.



**Fonte:** SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 18/09/2013, sujeitos à alteração devido ao tempo necessário para encerramento de casos.

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

**Figura 12.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por faixa etária. Brasil, 2013 até a SE 37.



**Fonte:** SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 18/09/2013, sujeitos à alteração.

## 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, 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;

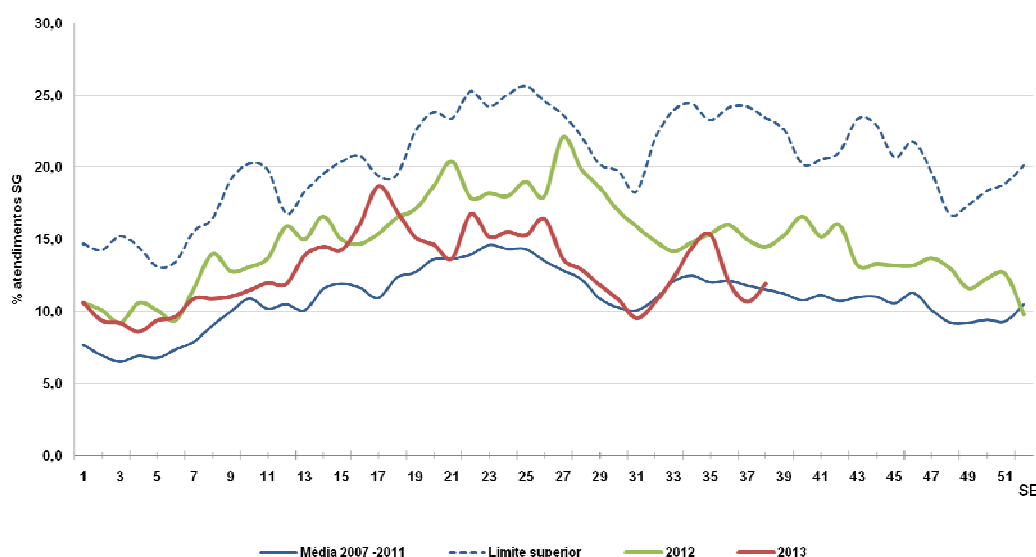
- o sistema de registro de informações atual, Sivep- Gripe (novo), foi liberado a partir da SE 12, sendo a adesão heterogênea entre as unidades sentinelas;

- atualmente, o diagnóstico diferencial, através da Imunofluorescência indireta (IFI), que permite a identificação de outros vírus respiratórios (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).

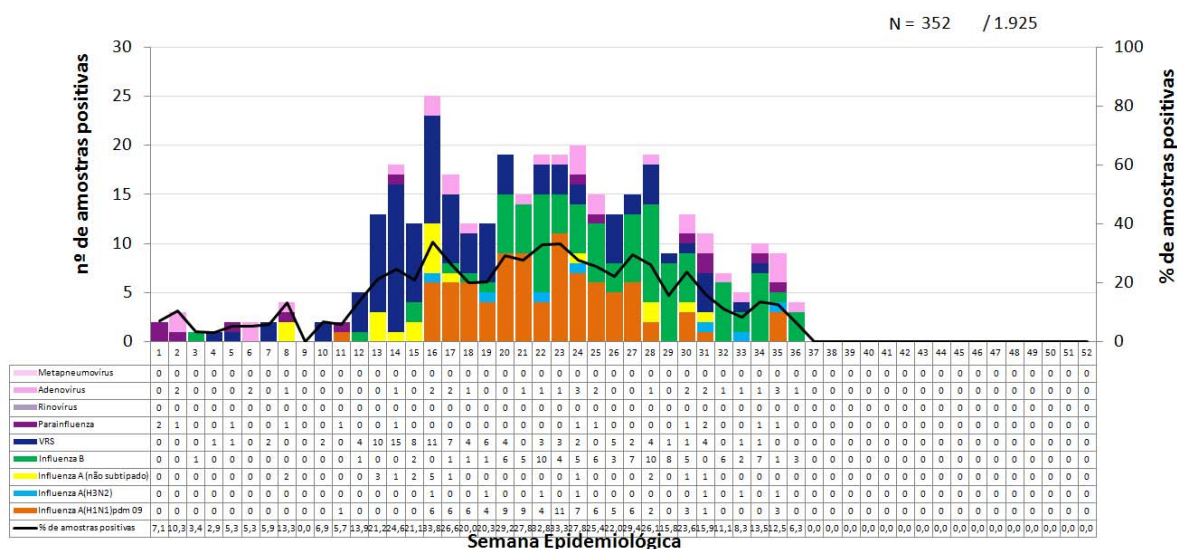
**Figura 13.** Distribuição da proporção de atendimentos de Síndrome Gripal (SG), em relação ao total de atendimentos de clínica médica / pediatria nas unidades sentinelas do Estado de São Paulo, 2007 a 2013 (SE 38).



Fonte: Sivep-Gripe/SVS/MS, até SE 38/2013, sujeito à alteração.

Os vírus influenza B e A foram identificados, respectivamente nas SE 3 e SE 8 de 2013, embora sem subtipagem disponível no SIVEP- antigo. A partir da SE 16/2013, verificou-se o aumento da atividade viral do vírus influenza A (H1N1) pdm09, com pico na SE 23/13. Co-circulou, no período, o vírus influenza B (Figura 14). Dentre as amostras testadas para o painel de vírus respiratórios, 147 foram positivas, sendo 102 para o Vírus Sincicial Respiratório; 31 Adenovírus e 14 Parainfluenza.

**Figura 14.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. Estado de São Paulo, 2013 até a SE 38.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados até a SE 38, sujeitos à alteração.

Na temporada 2013, as cepas mais prevalentes no ESP, caracterizadas 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
<b>Total</b>	<b>7.094.645</b>	<b>6.609.839</b>	<b>93,17</b>

\* 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 [http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_influenza\\_13\\_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=coberturas](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
<b>Total</b>	<b>2.400.618</b>

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](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, 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.

## **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](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](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](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](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, outubro de 2013.***