

2014

**INFORME TÉCNICO
SRAG/INFLUENZA - ESP**

DDTR

31/10/2014





GOVERNO DO ESTADO DE 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



INFORME TÉCNICO

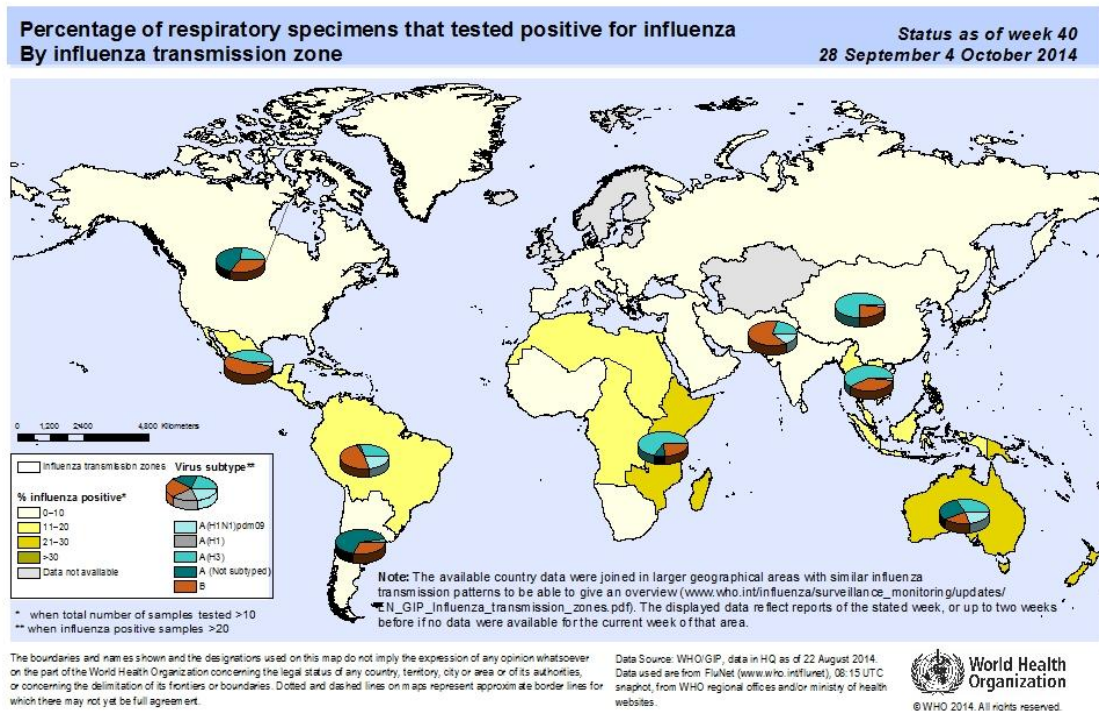
Situação Epidemiológica da SRAG/ Influenza Vigilância Sentinela da Influenza Estado de São Paulo – Brasil

CENÁRIO GLOBAL

Segundo o boletim nº 222 (20/10/2014) da Organização Mundial da Saúde (OMS), até a semana epidemiológica - SE 40/2014, mundialmente a atividade do vírus influenza permanece baixa (Figuras 1, 2 e 3), exceto em países tropicais das Américas e Ilhas do Pacífico:

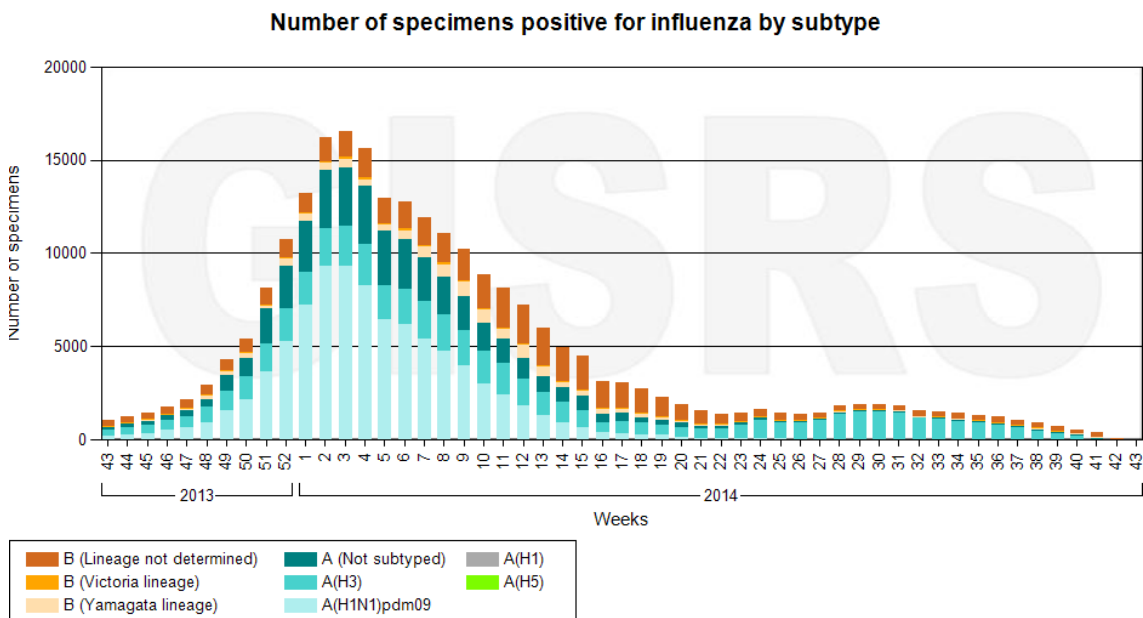
- Na Europa e na América do Norte a atividade viral permanece em níveis intersazonais.
- Nos países tropicais das Américas, o vírus influenza B está cocirculando com o vírus sincicial respiratório (VSR).
- Na África e no oeste da África, a atividade de influenza está baixa.
- Na Ásia Oriental, a atividade viral na maioria dos países permanece baixa ou em declínio, após atividade do vírus influenza A (H3N2) em agosto e setembro.
- Na Ásia tropical, a atividade viral permanece em declínio ou baixa com o vírus influenza A (H3N2) predominante.
- No hemisfério sul, atividade viral diminuiu, com exceção das Ilhas do Pacífico onde a ocorrência de Síndrome Gripal (SG) permanece alta. Nas zonas temperadas da América do Sul, a ocorrência de SG por influenza diminuiu, sendo também identificado VSR. Na Austrália e Nova Zelândia a atividade também diminuiu.

Figura 1. Distribuição percentual de amostras respiratórias positivas para o vírus influenza por zona de transmissão. Situação da Semana Epidemiológica (SE) 40/2014.



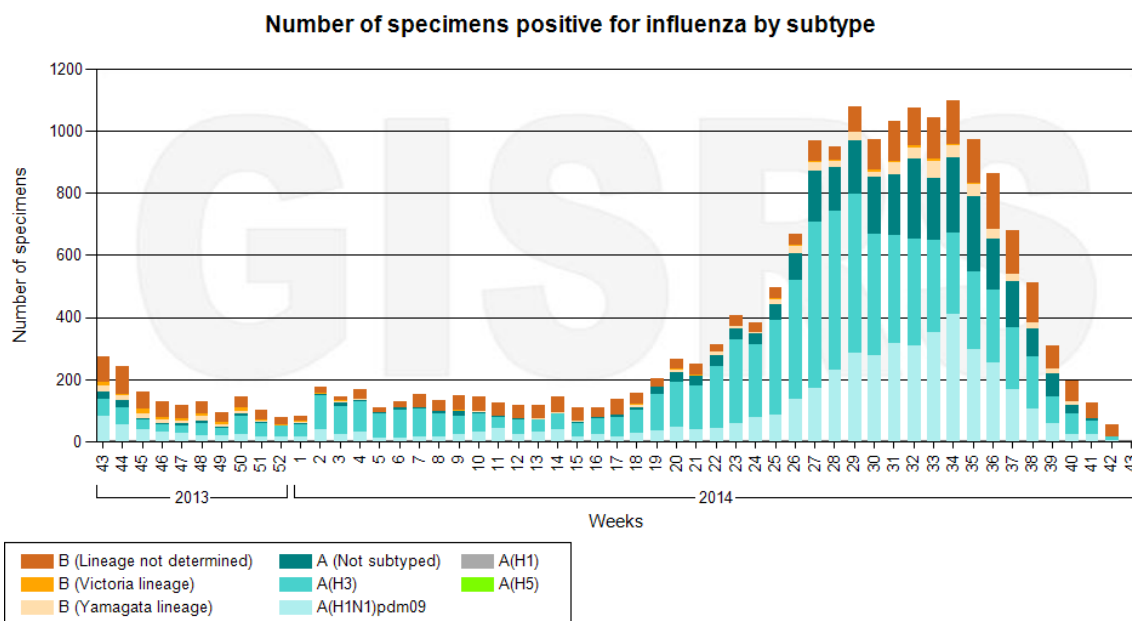
Fonte: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2014_10_20_influenza_update_222_week_40.jpg?ua=1. Acessado em outubro de 2014.

Figura 2. Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Norte – SE 43/2013 a 43/2014.



Fonte: <http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Northern> Acessado em outubro de 2014.

Figura 3. Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Sul – SE 43/2013 a 43/2014.



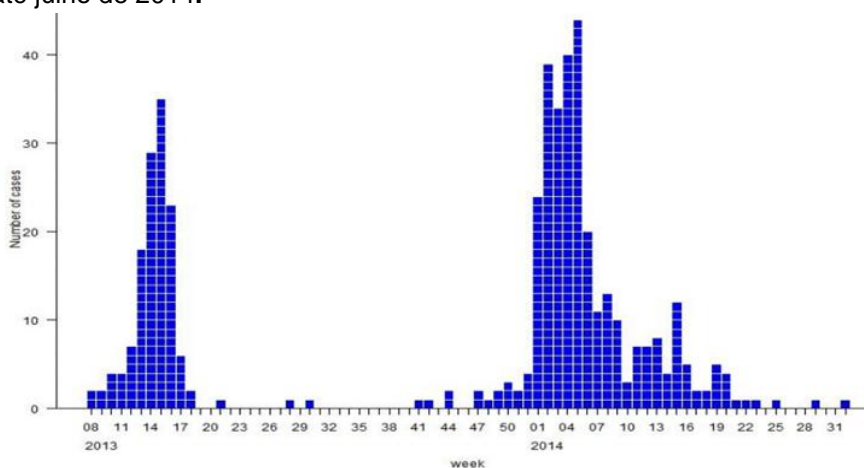
Fonte: <http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Southern>. Acessado em outubro de 2014.

VÍRUS EMERGENTES

i- Influenza A(H7N9)

Na China, no período de maio de 2013 a julho de 2014 já foram confirmados por laboratório 453 casos de infecção humana pelo vírus aviário influenza A (H7N9) e 175 óbitos, (Figura 4). Até o presente, considerada transmissão esporádica, sem transmissão sustentada interhumana. Para atualizações mais recentes, acessar o [link](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/): http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/

Figura 4. Distribuição dos casos confirmados de Influenza A(H7N9), segundo SE de início de sintomas, até julho de 2014.

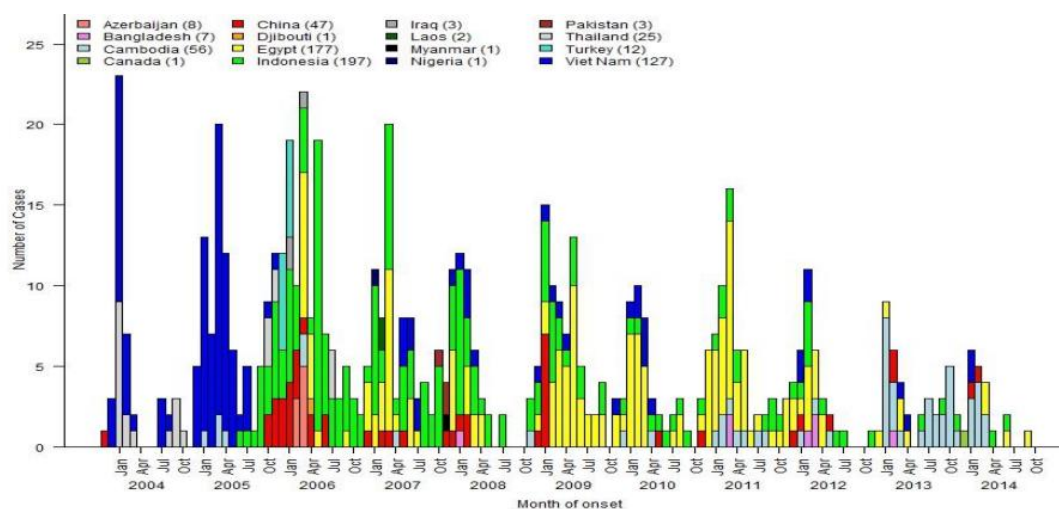


Fonte: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/riskassessment_h7n9_20Oct14.pdf. Acessado em outubro de 2014.

ii- Influenza A(H5N1)

De 2003 até outubro de 2014, 668 casos humanos de influenza aviária A (H5N1) foram confirmados laboratorialmente em 16 países, incluindo 393 óbitos (Figura 5).

Figura 5. Distribuição dos casos confirmados de Influenza A(H5N1) em humanos, segundo país e mês de início de sintomas, até outubro de 2014.



Fonte: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_October14.pdf. Acessado em outubro de 2014.

iii- MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio - Novo coronavírus)

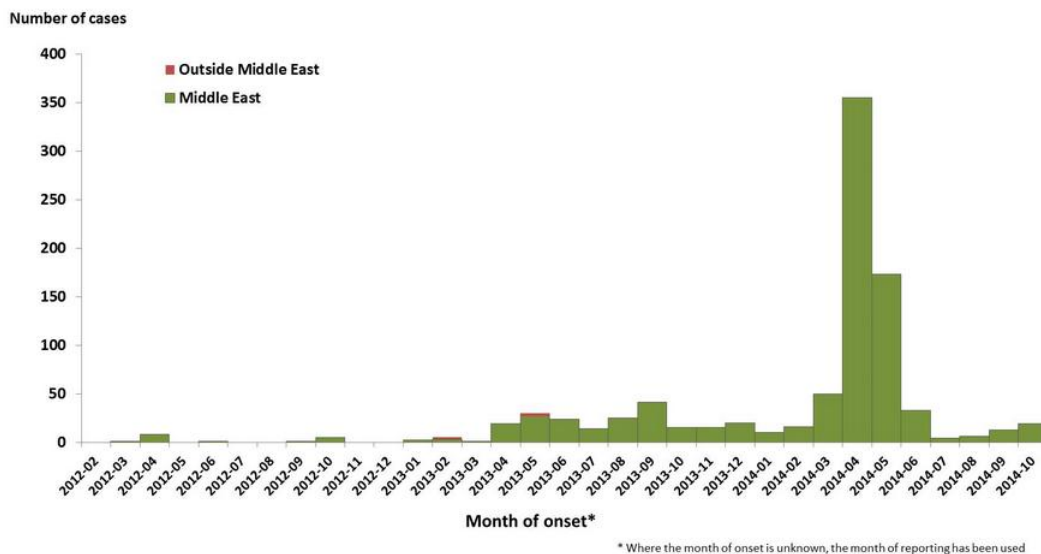
Em abril de 2012, foi isolado um novo coronavírus, distinto daquele que causou a SRAG-CoV em 2002/2003. A princípio, identificado na Arábia Saudita e, posteriormente, em outros países do Oriente Médio, na Europa, na América e na África. Todos os casos identificados fora da Península Arábica tinham histórico de viagem ou contato recente com viajantes procedentes de países do Oriente Médio.

Tendo em vista a localização dos casos, a doença passou a ser designada como MERS-CoV, associada ao novo coronavírus.

Os casos evoluíram para doença respiratória com febre, tosse e dispneia e a maioria apresentou pneumonia. Aproximadamente 30% dos pacientes com MERS-CoV evoluem a óbito.

Até a SE 38/2014, foram reportados e confirmados laboratorialmente 906 casos de MERS-CoV mundialmente, incluindo 361 óbitos (Figura 6). A maioria dos casos ocorreu no Oriente Médio, sendo que todos os casos reportados fora dessa região apresentavam histórico de viagem recente à mesma. De acordo com a OMS, o risco de transmissão sustentada interhumana permanece em nível mundial.

Figura 6. Distribuição dos casos confirmados de MERS-CoV, segundo mês de início de sintomas e local provável de infecção, até outubro de 2014.



Fonte: http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1093. Acessado em outubro de 2014.

iv- Enterovírus D68 (EV-D68)

O EV-D68 é uma causa potencial de infecções do trato respiratório, principalmente entre crianças e adolescentes. O vírus dissemina-se de pessoa a pessoa por meio da tosse, espirros e ao tocar superfícies contaminadas. No presente, não há vacinas disponíveis ou tratamento específico para o EV-D68 e o tratamento recomendado é sintomático.

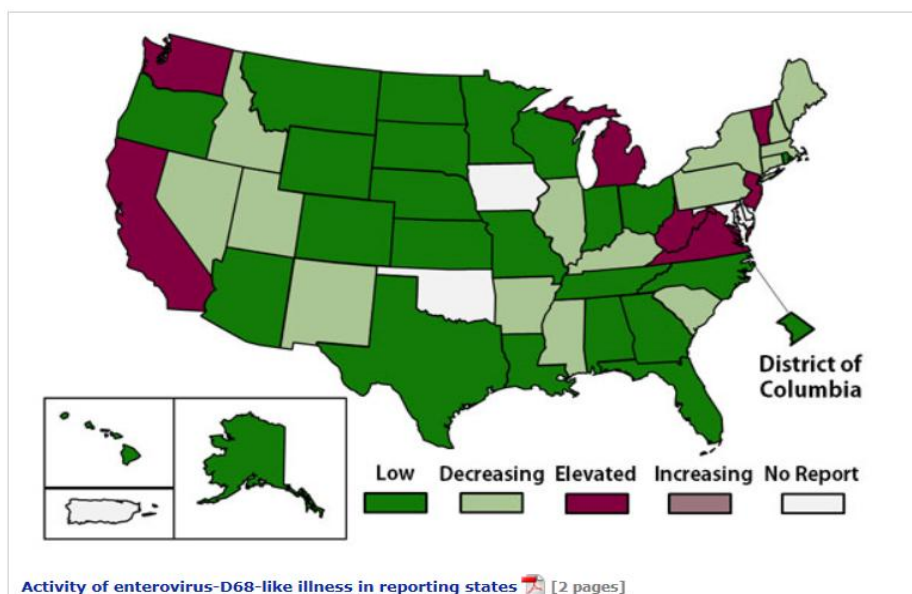
Nos últimos meses (verão e outono), os Estados Unidos (EUA) e o Canadá têm reportado surtos de EV-D68 associados à doença respiratória grave, com relatos de hospitalizações e óbitos. Há referências sobre uma possível ligação de doença neurológica aguda ao surto EV-D68 nos EUA e Canadá.

De agosto a outubro de 2014, foram contabilizados 1.105 casos confirmados por laboratório em 47 estados americanos e no Distrito de Columbia com doença respiratória associada ao EV-D68 e oito óbitos (Figura 7). Assim como, no Canadá foram reportados 18 casos hospitalizados em menores de 18 anos.

Anualmente, os enterovírus e os rinovírus causam milhões de casos de doenças respiratórias em crianças. O EV-D68 tem sido o tipo mais frequente de enterovírus identificado nos EUA, em sua grande maioria acomete crianças e com maior gravidade em portadores de asma grave ou histórico de sibilância. Existem, provavelmente, muitas crianças afetadas com formas mais leves da doença.

Atualmente, a magnitude do surto de EV-D68 nos EUA excede a dos anos anteriores, e a transmissão do vírus fora da América do Norte permanece uma possibilidade. Portanto, a vigilância global deve ser fortalecida, no sentido de documentar melhor a circulação desse vírus.

Figura 7. Atividade do EV-D68, EUA, 2014.



Fonte: <http://www.cdc.gov/non-polio-enterovirus/outbreaks/EV-D68-activity.html>. Acessado em outubro de 2014.

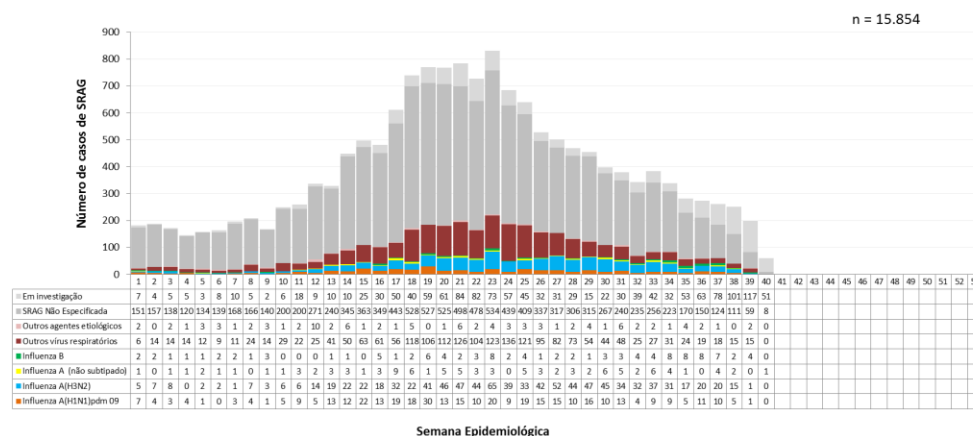
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

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.

No Brasil

Conforme o Boletim informativo do Ministério da Saúde, até a SE 40/2014, foram registrados no Sinan *online* um total de 15.854 casos de SRAG que foram hospitalizados, sendo confirmados 1.553 (9,8%) casos pelo vírus influenza. Dentre casos de influenza 948 (61,0%) confirmados para o vírus influenza A (H3N2) e 392 (31,5%) para o vírus influenza A(H1N1)pdm09 (Figura 8). Dentre os casos de SRAG por influenza, a idade variou de 0 a 108 anos, sendo a mediana de 36 anos.

Figura 8. Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, segundo diagnóstico etiológico e SE de início dos sintomas. Brasil, 2014 (SE 40).



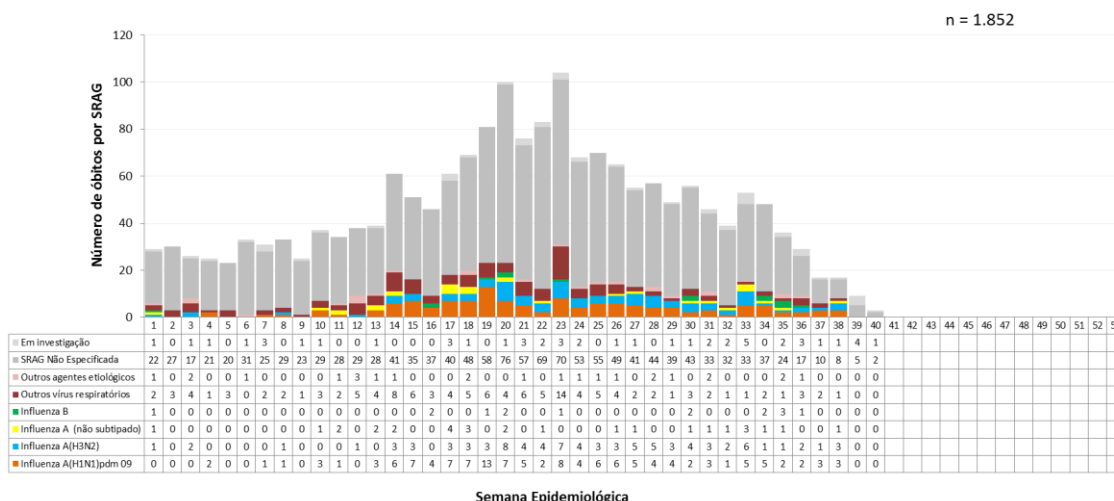
Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a SE40/2014.

Em relação aos óbitos, houve registro de 1.852 óbitos por SRAG, dos quais 14,3% (265) foram confirmados para o vírus influenza: 132 (49,8%) para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, 89 (33,6%) para o vírus influenza A (H3N2), 29 (10,9%) para o influenza A sem identificação do subtipo e 15 (5,7%) para o vírus influenza B (Figura 9).

Os estados com o maior número de óbitos por influenza foram: São Paulo (92), Mato Grosso do Sul (29), Minas Gerais (26) e Goiás (25). Entre os óbitos por influenza, a idade variou de 0 a 97 anos, sendo a mediana de 50 anos. Houve maior proporção de óbitos por influenza entre indivíduos de 40 a 49 anos, com predomínio do vírus influenza A (H1N1)pdm09.

A presença de pelo menos um fator de risco para complicação foi verificada em 68,4% (171) dos óbitos por influenza, com destaque para indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Em relação ao uso de antiviral 74,8% (187) dos óbitos refere uso, porém com tempo mediano de 04 dias para o início do tratamento após os primeiros sintomas.

Figura 9. Distribuição dos óbitos por SRAG hospitalizados, segundo vírus identificado e SE do início dos sintomas. Brasil, 2014 (até SE 40).

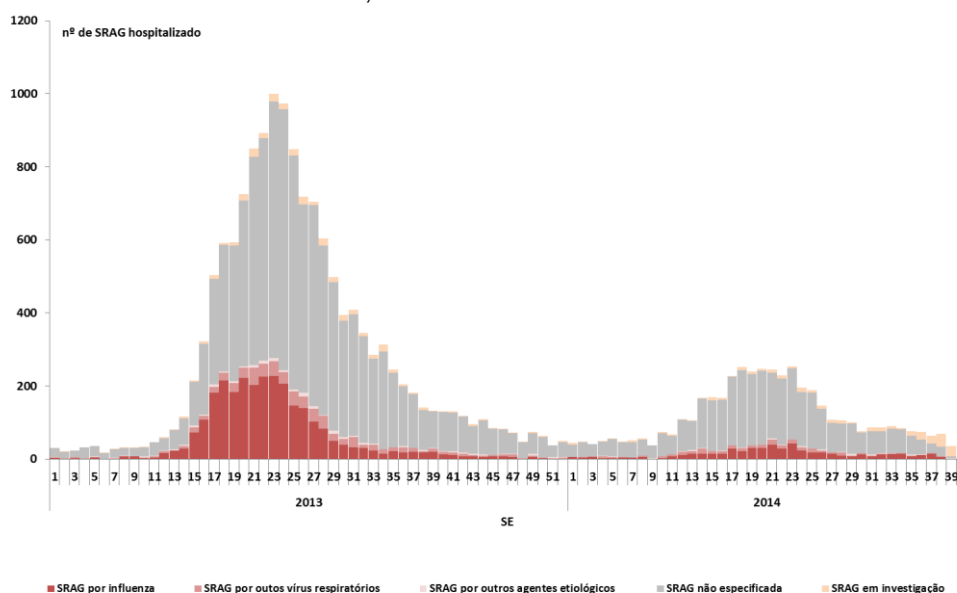


Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a SE 40/2014.

No Estado de São Paulo

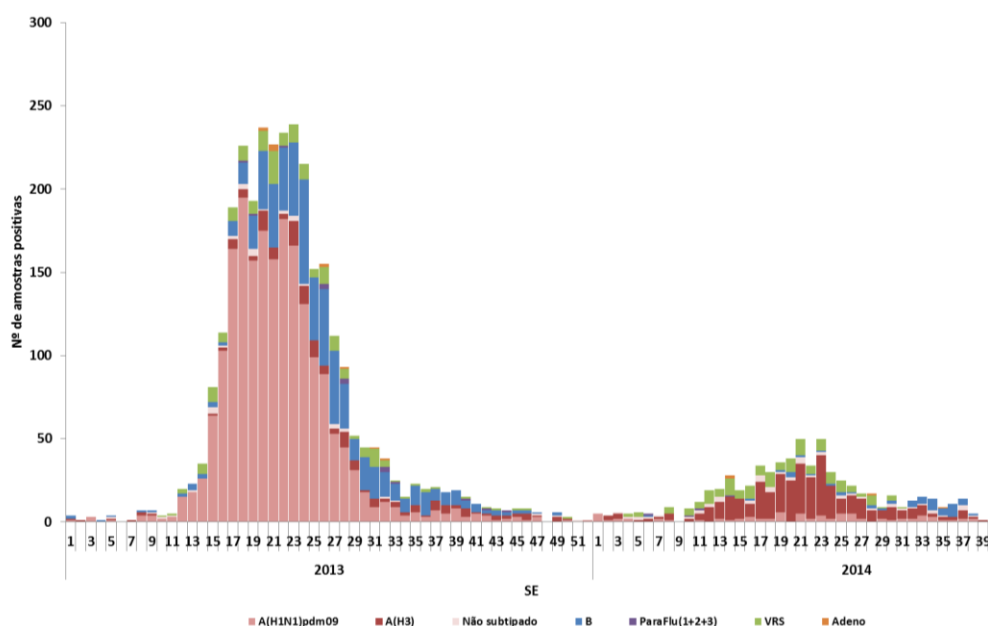
No Estado de São Paulo (ESP), até 04 de outubro de 2014 (SE 44), foram notificados 4.576 casos de SRAG hospitalizados (Figura 10), sendo 11,6% (529) dos casos confirmados para o vírus influenza: 66,5% (352) para o vírus influenza A (H3N2), 14,6% (77) influenza A (H1N1) pdm09 e 9,5% (50) influenza B. Ainda dentre os casos confirmados, 9,5% (50) foram confirmados para o vírus influenza A sem identificação do subtipo (Figura 11).

Figura 10. Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, segundo diagnóstico etiológico e SE de início dos sintomas. ESP, 2013 a SE 40/2014.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

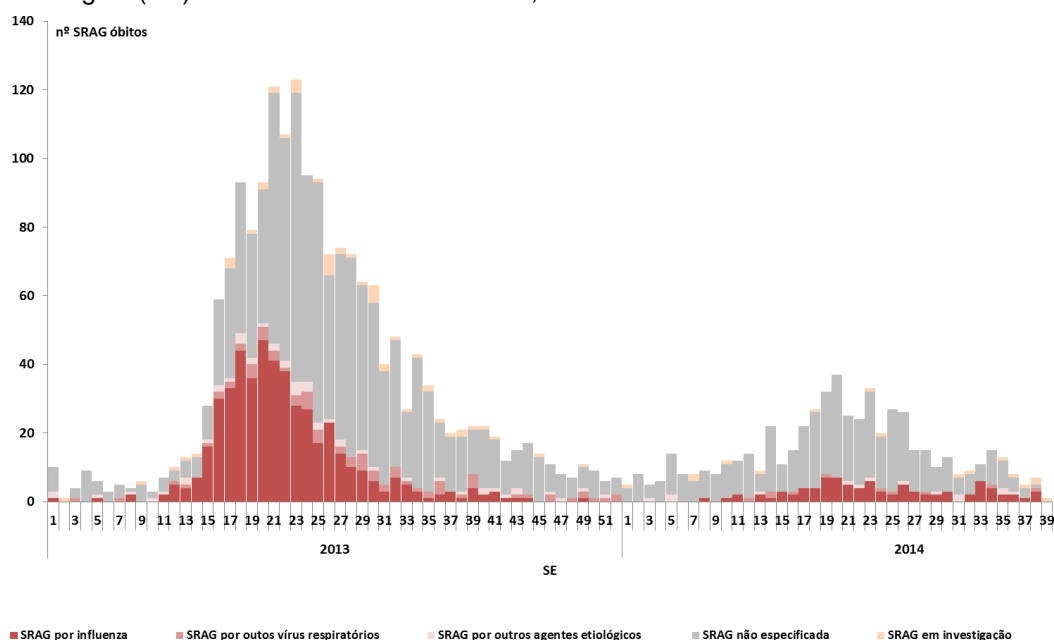
Figura 11. Distribuição dos casos de SRAG, segundo vírus identificado e SE de início dos sintomas. ESP, 2013 a SE 40/2014.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Foram registrados 569 óbitos por SRAG hospitalizados (Figura 12), destes 89 (15,6%) identificados para o vírus influenza, sendo que 43,8% (39) foram confirmados para o vírus influenza A (H3N2); 29,2% (26) influenza A (H1N1)pdm09 e 9,0% (8) para o vírus influenza B sazonal. Ainda dentre os óbitos confirmados, 18,0% (16) foram confirmados para o vírus influenza A sem identificação do subtipo.

Figura 12. Distribuição dos óbitos por SRAG, segundo classificação final e semana epidemiológica (SE) de início dos sintomas. ESP, 2013 a SE 40/2014.



Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Os casos de SRAG hospitalizados por influenza, independente do subtipo, estão distribuídos em 132 (20,5%) municípios, sendo que os óbitos ocorreram em 48 desses (36,3%).

Em relação à faixa etária dos casos de SRAG hospitalizados, entre os indivíduos de 45 a 59 anos, predominou o vírus influenza A (H1N1)pdm09 (36,4%), entre indivíduos com 60 anos ou mais predominou o vírus influenza A (H3N2) (27,0%) e o influenza B (34,0%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados confirmados para o vírus influenza, segundo subtipo e faixa etária. ESP, 2014 (SE 40).

Faixa etária (anos)	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n	%	n	%
< 2	7	9.1	51	14.5	2	4.0
02 – 14	7	9.1	42	11.9	1	2.0
15 - 24	4	5.2	32	9.1	3	6.0
25 - 44	16	20.8	95	27.0	17	34.0
45 - 59	28	36.4	55	15.6	12	24.0
≥ 60	15	19.5	77	21.9	15	30.0
Total	77	100	352	100	50	100

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Em relação à faixa etária dos óbitos por SRAG hospitalizados, ressalta-se que entre os indivíduos com 60 anos ou mais predominou influenza A (H3N2) em 51,3% (6), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos por SRAG confirmados para o vírus influenza, segundo subtipo e faixa etária. ESP, 2014 (SE 40).

Faixa etária (anos)	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n	%	n	%
< 2	0	0.0	1	2.6	0	0.0
02 – 14	2	7.7	2	5.1	0	0.0
15 - 24	1	3.8	0	0.0	0	0.0
25 - 44	5	19.2	9	23.1	2	25.0
45 - 59	11	42.3	7	17.9	2	25.0
≥ 60	7	26.9	20	51.3	4	50.0
Total	26	100	39	100	8	100

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Dentre os indivíduos confirmados para o vírus influenza A (H3N2), encontram-se 28 (7,9%) gestantes, sendo 18,5% (5) no primeiro trimestre, 44,4% (12) no segundo trimestre e 37,0 (10) no terceiro trimestre, sem ocorrência de óbitos. Além disso, uma gestante confirmada para o vírus influenza A (H1N1)pdm09 que evoluiu para cura.

Dentre os óbitos por SRAG confirmados para o vírus influenza, 57,3% (51) apresentavam ao menos uma comorbidade, com destaque para o vírus influenza A (H3N2) com 61,5% (24) e para o vírus influenza A (H1N1)pdm09 com 65,5% (17) (Tabela 3). Na tabela 4, apresenta-se o tipo de comorbidade registrada por subtipo viral identificado entre os casos de SRAG que evoluíram para óbito.

Tabela 3. Distribuição dos óbitos por SRAG confirmados para o vírus influenza, segundo presença de comorbidade e subtipo. ESP, 2014 (SE 40).

Comorbidade	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	65.4	24	61.5	5	62.5
Não	9	34.6	15	38.5	2	25.0
Ignorado	0	0.0	0	0.0	1	12.5
Total	26	100	39	100	8	100

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Tabela 4. Distribuição dos óbitos por SRAG confirmados para influenza, segundo tipo de comorbidade e subtipo. ESP, 2014 (SE 40).

Comorbidade	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n*	%	n	%
Doença cardiovascular crônica	9	39.1	6	24.0	3	60.0
Diabetes mellitus	3	13.0	7	28.0	2	40.0
Obesidade	7	30.4	2	8.0	0	0.0
Pneumopatia crônica	4	17.4	9	36.0	2	40.0
Imunodeficiência/Imunodepressão	2	8.7	3	12.0	0	0.0
Doença renal crônica	1	4.3	5	20.0	0	0.0
Doença hepática	0	0.0	3	12.0	1	20.0
Doença neurológica crônica	2	8.7	3	12.0	1	20.0
Síndrome de Down	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

No que diz respeito ao uso de antiviral entre os óbitos por SRAG confirmados para o vírus influenza, 67,4% (60) foram tratados com a medicação específica, com mediana de 4 (0 – 21) dias. Em relação ao tratamento segundo subtipo, assinala-se que representam 63,6% (7) dos confirmados para o vírus influenza A (H3N2) e 50% (4) dos confirmados para o vírus influenza A (H1N1)pdm09, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos óbitos por SRAG confirmados para influenza, segundo tipo de uso de antiviral e subtipo. ESP, 2014 (SE 40).

Antiviral	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n*	%	n	%
Sim	20	76.9	28	71.8	4	50.0
Não	5	19.2	8	20.5	3	37.5
Ignorado	1	3.8	3	7.7	1	12.5
Total	26	100	39	100	8	100

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

Em relação à situação vacinal, 12 (13,5%) dos indivíduos que evoluíram a óbito foram vacinados, sendo três (25%) deles com data de vacinação inferior a 15 dias e cinco (41,6%) deles sem registro de data de vacina (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos óbitos por SRAG confirmados para influenza, segundo tipo de situação vacinal e subtipo. ESP, 2014 (SE 40).

Sit.Vacinal	A (H1N1)pdm09		A (H3N2)		B	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2*	7.7	10**	25.6	0	0.0
Não	12	46.2	16	41.0	1	12.5
Ignorada	12	46.2	13	33.3	7	87.5
Total	26	100	39	100	8	100

* 2 sem data de vacinação; ** 3 sem data de vacinação e 3 com intervalo inferior a 15 dias.

Fonte: SinanWeb. Dados atualizados em 04/10/2014, dados sujeitos à alteração.

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

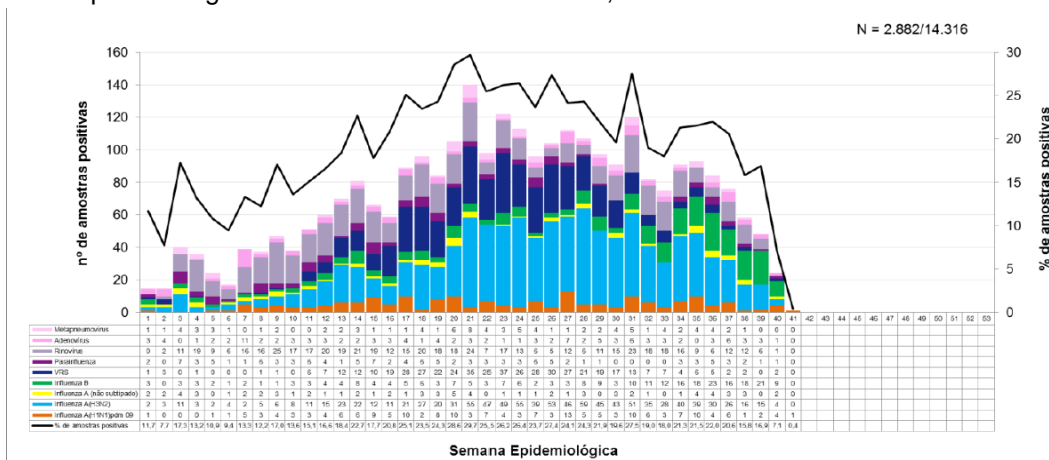
O Programa Global de Influenza monitora a atividade da influenza em nível mundial. Este tem por base dados epidemiológicos e laboratoriais reportados pela Rede de Vigilância Mundial de Influenza, na qual o Brasil e, por conseguinte, o Estado de São Paulo encontram-se inseridos.

As informações aqui apresentadas são referentes às amostras de casos de SG 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 rRT-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 41 de 2014, foram coletadas 14.319 amostras respiratórias, Das amostras testadas para o painel de vírus respiratórios, 2.882 foram positivas para o vírus influenza ou outros vírus respiratórios, sendo 1.014 positivas para o influenza A (H3N2), 118 para o influenza A (H1N1)pdm09, 270 para o influenza B e 77 para o vírus influenza A não subtipado. Destaque também para o aumento da circulação do VSR entre abril e julho e de influenza B em julho (Figura 13).

Figura 13. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2014 até SE 41.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 15/10/2014, sujeitos à alteração.

Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, o vírus influenza A (H3N2) teve maior circulação entre os indivíduos maiores de 04 anos, em maior proporção naqueles com 20 a 49 anos. Entre os outros vírus respiratórios, houve destaque para a circulação de rinovírus em maiores de nove anos e de VSR em menores de cinco anos.

No Estado de São Paulo

A vigilância sentinela de influenza no Estado de São Paulo é composta por 20 unidades sentinela de Síndrome Gripal (SG), sendo que cinco destas foram implantadas em 2014. Além disso, cinco unidades sentinelas de SRAG – UTI, duas foram implantadas em 2014, que estão distribuídas no município de São Paulo. Por outro lado, as unidades sentinela de SG foram

estrategicamente distribuídas na Grande São Paulo e Interior, sendo a meta individual a coleta de cinco amostras biológicas por SE.

A portaria 1.984 de 15/9/2014 contemplou na lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos pela estratégia de vigilância sentinela a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e a Síndrome Gripal (SG) como Vigilância de doenças de transmissão respiratória.

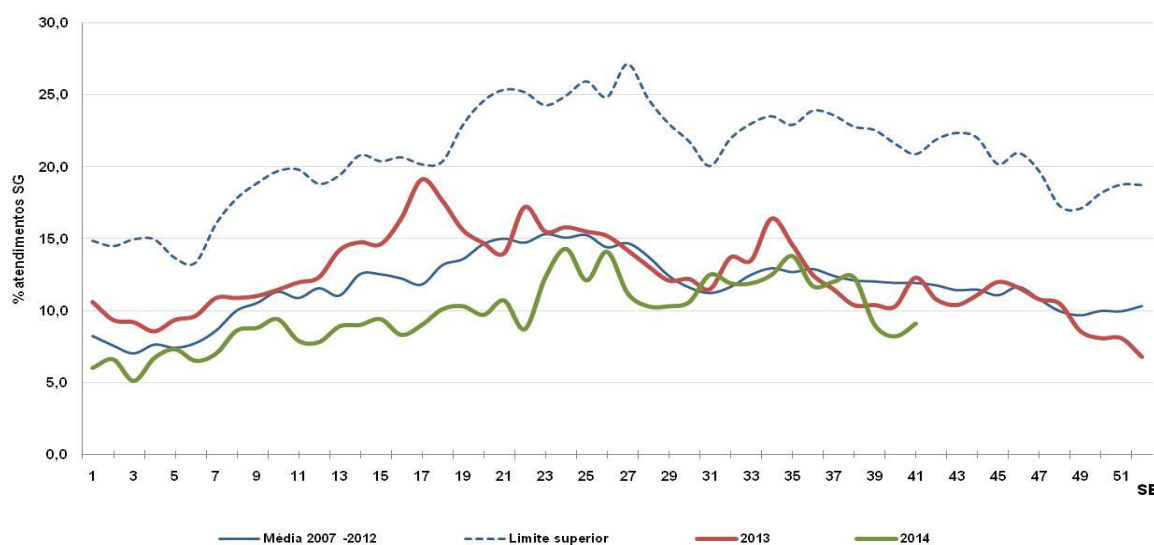
Para a análise criteriosa dos dados consolidados, cumpre ressaltar:

- 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 sentinela;
- atualmente, o diagnóstico diferencial, por meio da Imunofluorescência indireta (IFI), que permite a identificação de outros vírus respiratórios (adenovírus, parainfluenza, VSR), ainda é realizado para algumas unidades sentinela, 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, observou-se que a proporção de atendimento de casos SG em relação ao atendimento por clínica médica e pediatria até SE 41 de 2014 apresentou-se menor em relação ao ano de 2013, exceto nas semanas 31 e 38 de 2014 e a média dos anos 2007 a 2012, como ilustra o diagrama de controle (Figura 14).

Figura 14. Distribuição da proporção de atendimentos de Síndrome Gripal (SG), em relação ao total de atendimentos de clínica médica/pediatria nas unidades sentinela. ESP, 2007 a 2014 (SE 41).

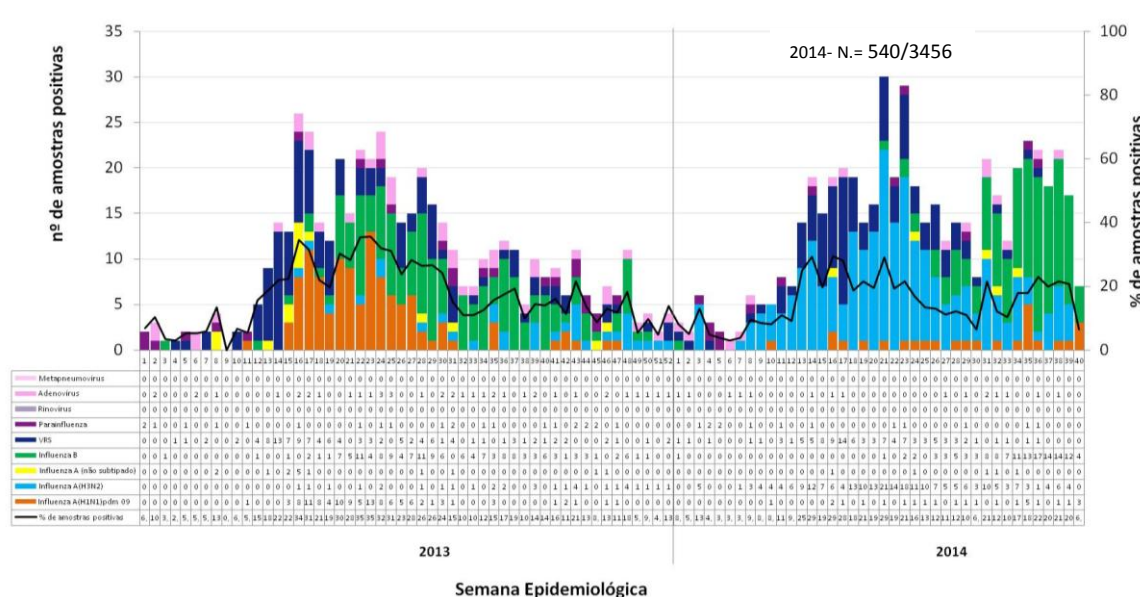


Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/10/2014, sujeitos à alteração.

No ano de 2013, verificou-se o aumento da atividade viral do vírus influenza A (H1N1) pdm09 a partir da SE 15/2013, com cocirculação, no período, do vírus influenza B.

Até a SE 40 de 2014, contabilizaram-se vinte e seis amostras positivas para o vírus influenza A (H1N1) pdm09. Observou-se um aumento da atividade viral do vírus influenza A (H3N2), a partir da SE 7/2014, e, posteriormente, a partir da SE 32/2014 o predomínio do vírus influenza B com 131 amostras positivas (Figura 15). Dentre as amostras testadas, em 2014 até SE 40, para o painel de vírus respiratórios, 133 foram positivas, sendo 104 para o Vírus Sincicial Respiratório; 16 Adenovírus e 13 Parainfluenza.

Figura 15. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas por semana epidemiológica de início dos sintomas. ESP, 2013 a 2014 (SE 40).



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/10/2014, sujeitos à alteração.

Campanha de vacinação

A campanha de vacinação contra a influenza de 2014 atingiu cobertura vacinal de 82,97%. Cumpre assinalar que nesse ano foi ampliada a vacinação para crianças menores de cinco anos. A cobertura vacinal, de acordo com o grupo populacional vacinado, e o número de doses aplicadas segundo o tipo de comorbidade foram apresentadas nas tabelas 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7. Distribuição da população elegível e cobertura vacinal na Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, segundo grupos prioritários. ESP, 2013 - 2014.

População	CV(%) 2013	CV (%) 2014
Crianças	98,92	83,17
Trab. da saúde	121,01	91,86
Gestantes	89,37	82,14
Puérperas	114,98	124,25
Indígenas	124,52	131,53
Idosos	87,46	83,16
Total	93,17	84,52

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 14 selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel parcial=10&sel parcial csv=10&sel=doses02](http://pni.datasus.gov.br/consulta%20Influenza%2014%20selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel%20parcial=10&sel%20parcial%20csv=10&sel=doses02), atualizados em 17/10/2014, sujeitos à alteração.

Tabela 8. Distribuição das doses da vacina influenza na Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, segundo tipo de comorbidades. ESP, 2013 - 2014.

Grupos com Comorbidades	2013	2014
Doença respiratória crônica	1.415.686	924.608
Doença cardíaca crônica	306.955	282.389
Doença renal crônica	41.303	35.576
Doença hepática crônica	28.522	23.676
Doença neurológica crônica	98.655	87.086
Diabetes	324.046	283.692
Obesos	51.915	43.378
Imunossupressão	123.621	107.040
Transplantados	9.915	9.252
Trissomiais	-	11.888
Total	2.400.618	1.808.585

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_14_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel_parcial=10&sel_parcial_csv=10&sel=doses02, atualizados em 17/10/2014, sujeitos à alteração.

As cepas mais prevalentes no hemisfério sul contempladas na recomendação da OMS para a vacina trivalente da temporada 2015 foram:

- A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus;
- A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)-like virus^a;
- B/Phuket/3073/2013-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. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 40 de 2014 [acesso em 17 OUT 2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/15/Boletim-Epidemiol--gico-Influenza-SE40.pdf>

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. SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe 2014. [acesso em 20 OUT 2014]. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_influenza_14_selecao.asp.

EUROPEAN CONTROL DISEASE CENTER. Epidemiological update: MERS-CoV case imported to Turkey. [acesso em 30 OUT 2014]. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1093

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Influenza update. [acesso em 20 OUT 2014]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2014_10_20_surveillance_update_222.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014 southern hemisphere influenza season. [acesso em 20 OUT 2014]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_south/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Confirmed human cases of avian influenza A(H7N9) reported to WHO. [acesso em 23 OUT 2014]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/riskassessment_h7n9_2_Oct14.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human infection with avian influenza A(H5N1) viruses. [acesso em 23 OUT 2014]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_October14.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 2014.