

**Editorial**

A Influenza é um problema de saúde pública, com alto impacto na morbi-mortalidade, especialmente em idosos, crianças 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, iniciada durante a pandemia de influenza em 2009 possibilita a análise epidemiológica dos casos graves e óbitos, avaliação da oportunidade do tratamento antiviral e história vacinal. Neste número serão apresentados os dados de influenza no Estado de São Paulo, assim como dados mundiais e brasileiros. 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.

Ana Freitas Ribeiro  
*Editor*

**A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFLUENZA NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Até setembro de 2013, foram notificados 12.839 casos de SRAG hospitalizados, sendo 20,3% (2.605) casos confirmados para o vírus influenza, 73,6% (1.918) confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09, 4,6% (120) confirmados para o vírus influenza A sazonal e 20,0% (522) confirmados para o vírus influenza B. ...

**SUMÁRIO**

Editorial	01
A Situação Epidemiológica da Influenza Vigilância Sentinela no Estado de São Paulo – Brasil	02
Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação	16
Notas.	17

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

### Cenário global

Os dados do boletim nº 195 de 30/9/2013 da Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca a situação epidemiológica atual da influenza no mundo conforme observamos nas (Figuras 1, 2 e 3).

– 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);

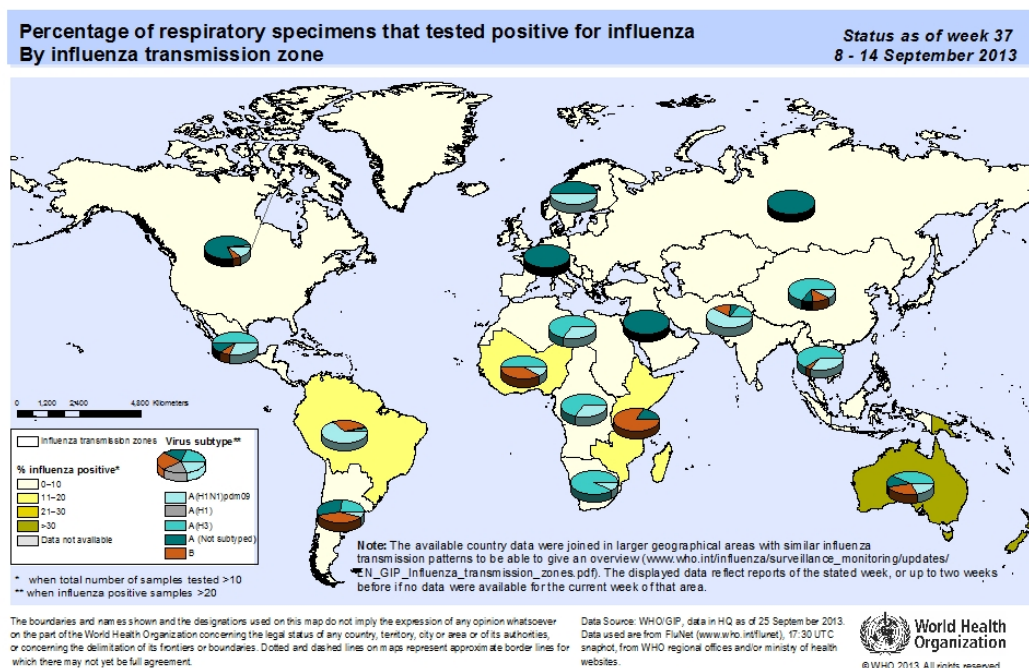
– na região do Caribe da América Central e América do Sul Tropical a sazonalidade da influenza apresentou declínio acentuado. Os principais vírus respiratórios identificados na região foram o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Influenza A (H1N1) pdm09 e A (H3N2), desde maio do presente ano;

– 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);

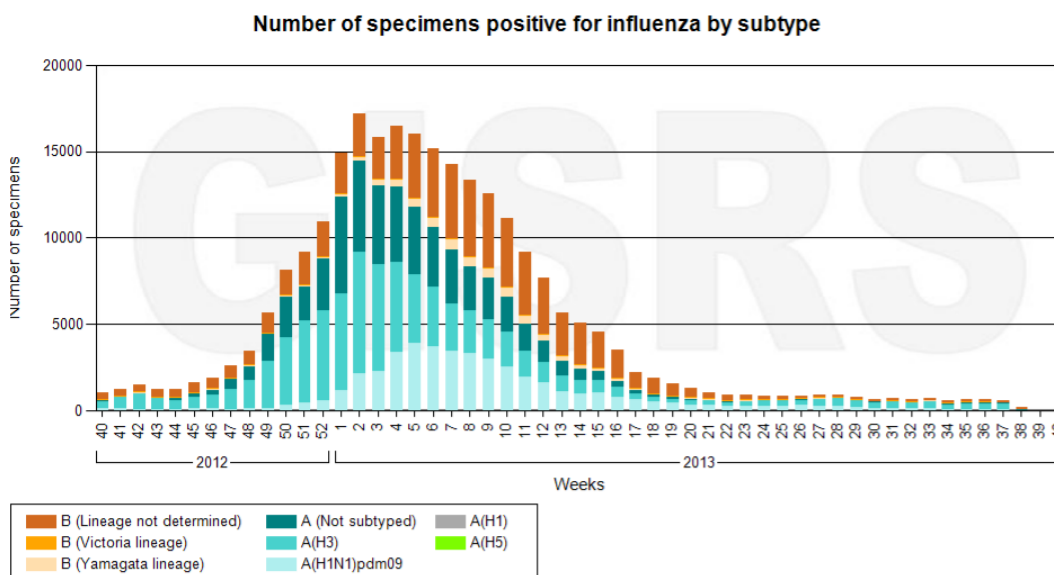
– em relação à infecção humana pelo vírus influenza A (H5N1), de 2003 a julho de 2013, foram confirmados 633 casos e 377 óbitos, oficialmente reportados por 15 países. Os casos mais recentes (2013) foram identificados em seis países, com maior concentração de casos no Camboja (13 casos e 9 óbitos), China,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



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

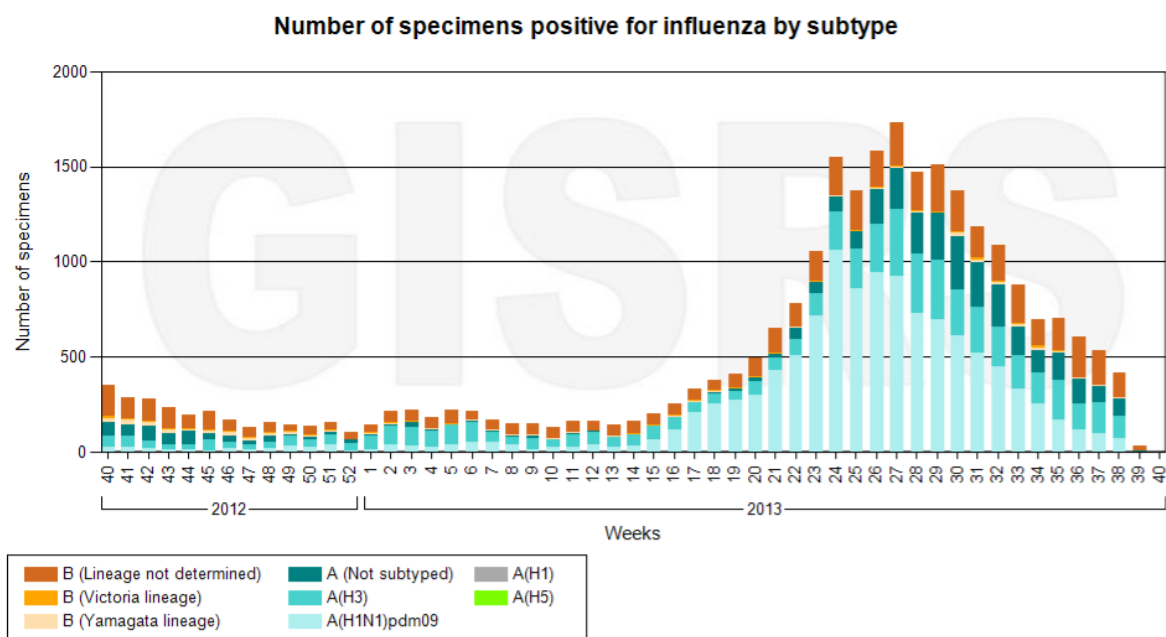
#### Northern hemisphere



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

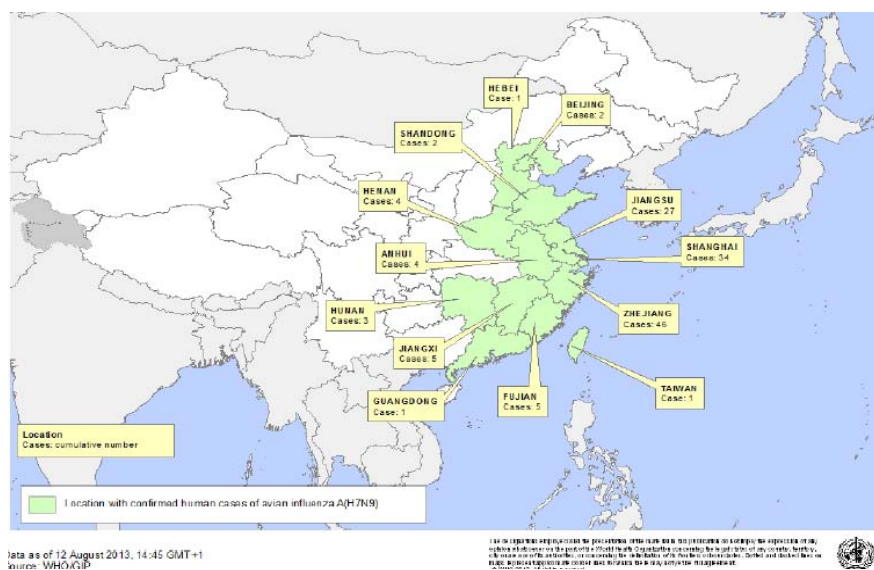
**Figura 2.** Distribuição do número de amostras positivas para o vírus influenza por subtipo. Hemisfério Norte – Semana Epidemiológica 40 de 2012 a 38 de 2013.

## Southern hemisphere



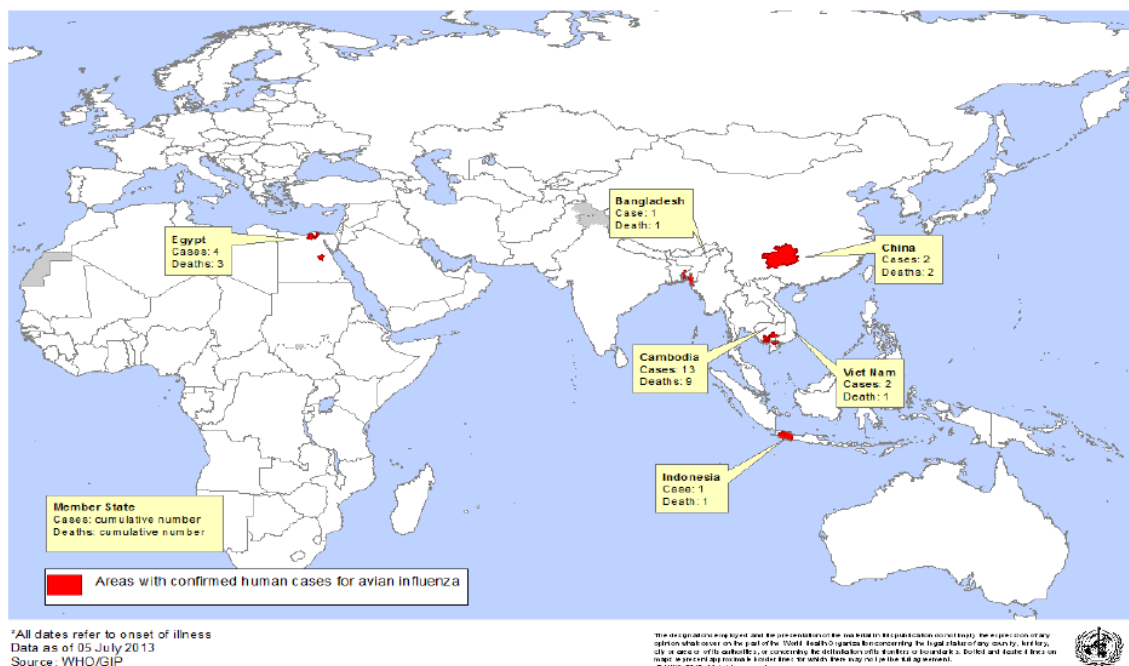
Fonte: <http://gamapserver.who.int/gareports/Default.aspx?ReportNo=5&Hemisphere=Southern>.  
Acessado em outubro de 2013.

**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.



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 4.** Distribuição do número de casos confirmados de Influenza A(H7N9), 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.

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

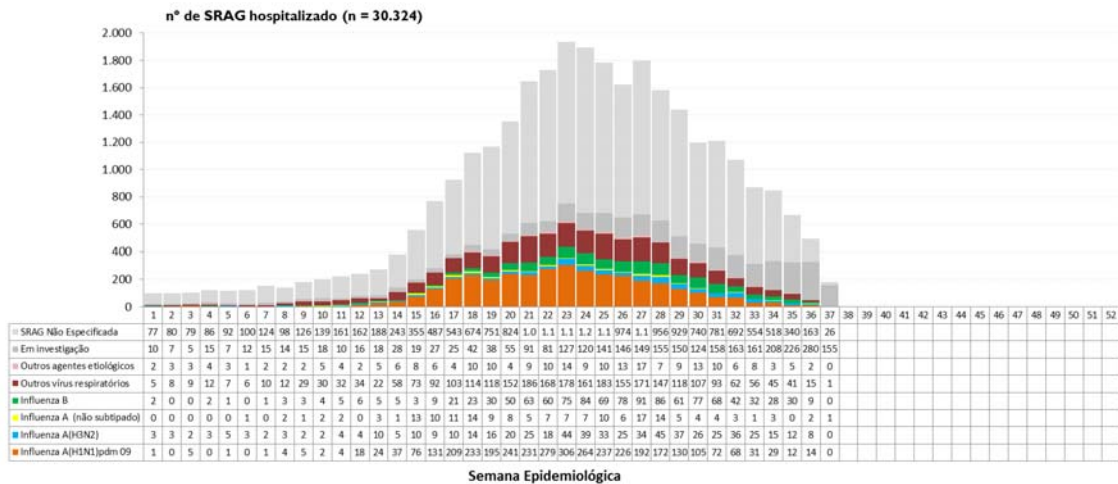
Ainda conforme o novo Protocolo de Tratamento de Influenza 2013, na SG, em casos excepcionais e com base no julgamento clínico, o tratamento antiviral (fosfato de oseltamivir) pode ser considerado para pacientes ambulatoriais sem fatores de risco, desde que o tratamento possa ser iniciado nas primeiras 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

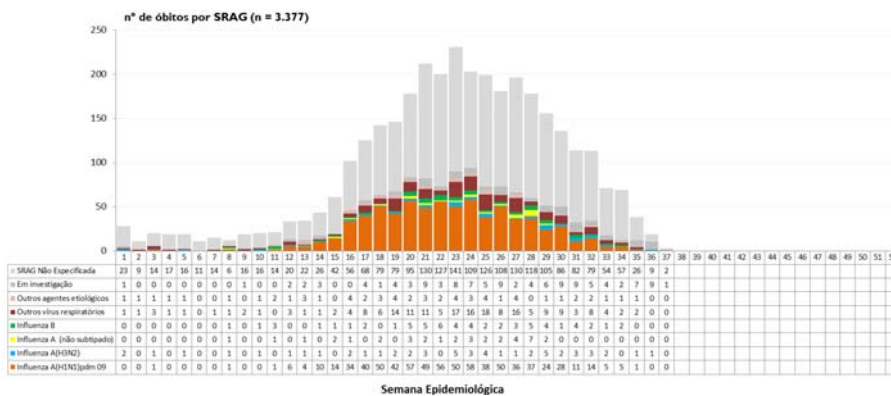
Conforme o Boletim informativo do Ministério da Saúde, até a SE 37/2013, foram registrados no Sinan *online* um total de 30.324 casos de SRAG que foram hospitalizados (Figura 6), destes 11,1% (3.377) evoluíram para óbito. Do total de casos, os vírus influenza foram responsáveis por 17,9% (5.429), sendo 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



Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 37 de 2013.

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



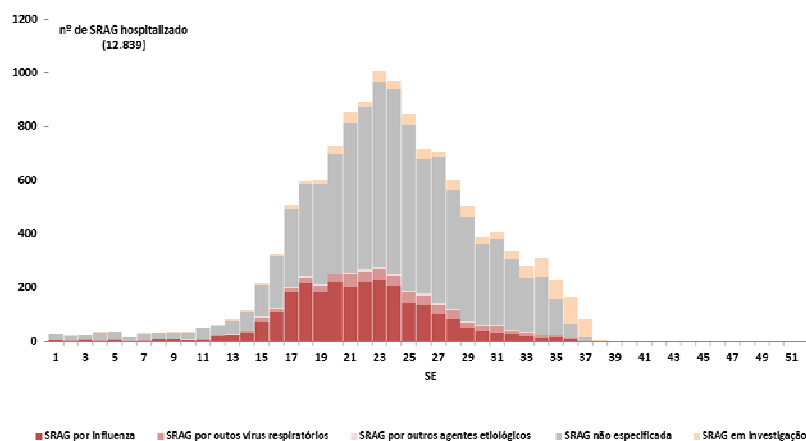
Fonte: Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 37 de 2013.

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 setembro de 2013 (SE 37), foram notificados 12.839 casos de SRAG hospitalizados (Figura 8), sendo 20,3% (2.605) casos confirmados para o vírus influenza, 73,6% (1.918) confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09, 4,6% (120) confirmados para o vírus influenza A sazonal e 20,0% (522) confirmados para o vírus influenza B. Dentre os casos confirmados para influenza A, 45 não foram subtipados.

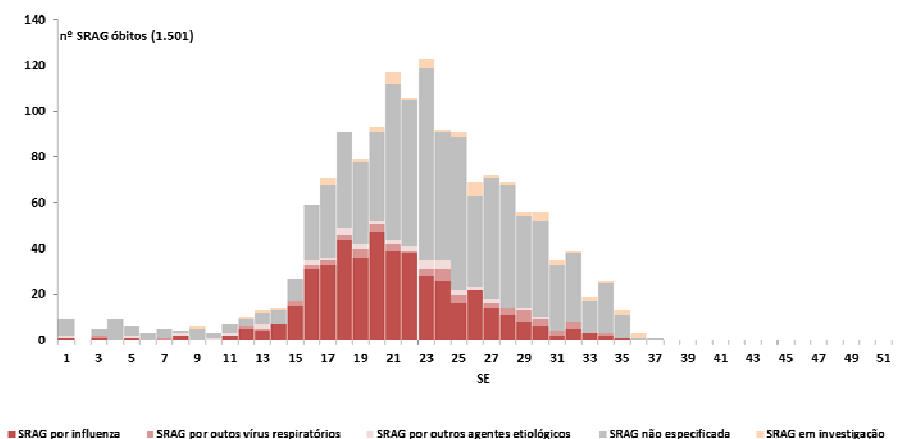
Foram registrados 1.501 óbitos por SRAG hospitalizados (Figura 9), destes 450 (30,0%) identificados para influenza, sendo que 87,1% (392) foram confirmados para o vírus influenza A (H1N1) pdm09; 3,6% (16) para o A(H3) Sazonal; 7,3% (33) para o B Sazonal e 2,0% (9) para o A não subtipado.



Fonte: SinanWeb, até

SE37/2013, dados sujeitos à alteração.

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



Fonte: SinanWeb, até SE 37/2013, 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.



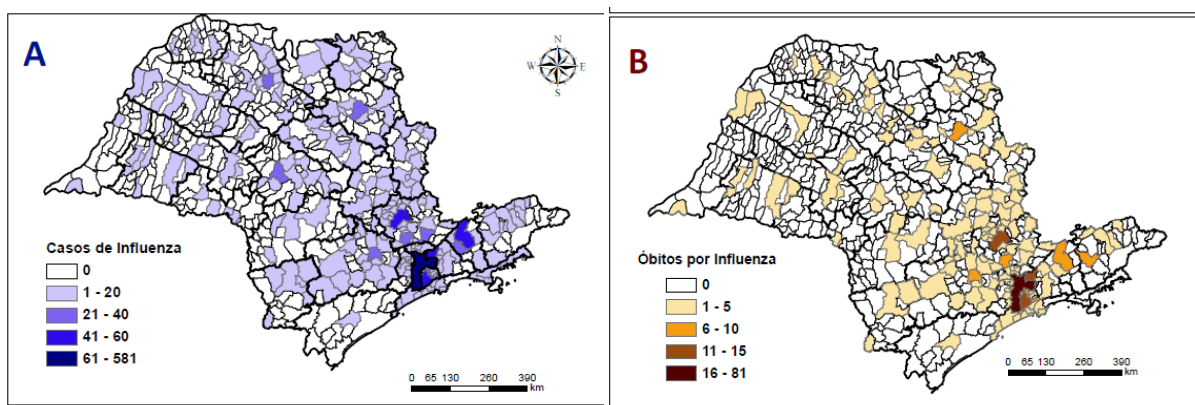
Os casos de SRAG hospitalizados por influenza A (H1N1) pdm09 foram distribuídos em 238 (37%) municípios, sendo que 867 (45%) casos e 151 (38,5%) óbitos ocorreram na Grande São Paulo (Figura 10 - A e B).

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)pdm09 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.



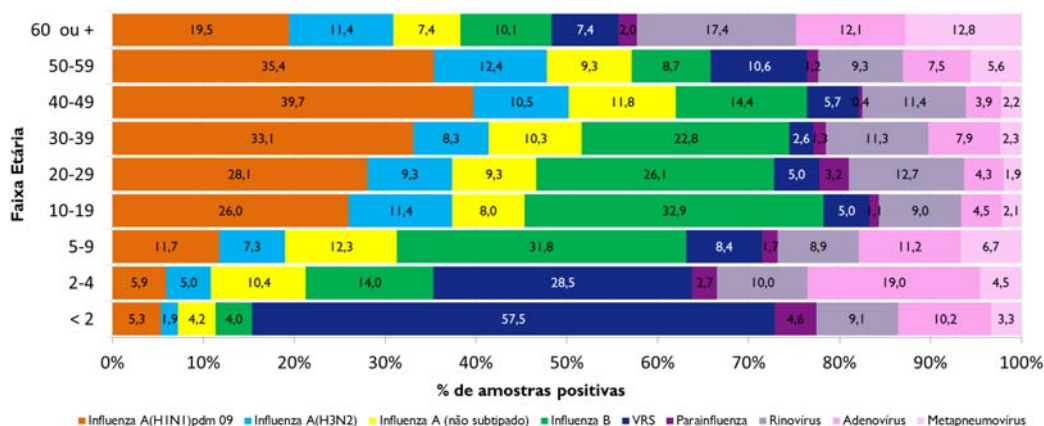
**Fonte:** SinanWeb, até SE 37/13, dados sujeitos à alteração. NIVE/CVE  
Vigilância Sentinela de Influenza

**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.

O Programa Global de Influenza monitora a atividade da influenza em nível mundial. Este tem por base dados epidemiológicos e laboratoriais reportados pela



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.



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

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

## 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



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 em [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.

<b>Grupos com Comorbidades</b>	<b>Doses Aplicadas</b>
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.**

## 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\* e julho a setembro de 2013\***

Doenças/Agravos	2007-10	2011	2012*	2013*	
				1º semestre	Jul/Set.
<b>CASOS CONFIRMADOS</b>					
Botulismo	12	0	5	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica]	7.904	150	215	143	36
Cólera	0	1††	0	0	0
Conjuntivite§§	549.418	1.187.356	318.394	68.027	17.662
Coqueluche	751	914	1.027	685	214
Dengue (Casos autóctones e Importados)	317.904	97.882	25.383	205.674	1.728
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	940.200	1.146.212	447.531	592.925
Diarréia (Casos envolvidos em surtos)	37.753	9.524***	5.675	540	498
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	17***	40	8	2
Esquistossomose (Casos autóctones)	607	84	85	29	17
Esquistossomose ( Total de Casos)	5.317	1.080	1.094	411	186
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	82	87	24	0
Febre Tifóide	36	3	2	1	1
Hantavirose	78	21	12	13	0
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	204	175	176	24
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	61	70	45	3
Hepatites B	13.563	3.749	4.104	1.649	829
Hepatites C	25.394	6.376	6.287	2.262	1.014
Hepatite B + C (co-morbidade)	667	138	134	52	26
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	12.091	26	371	1.746	206
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.607	256	300	174	15
Leishmaniose Visceral	1.093	228	247	105	
Leptospirose	3.143	971	781	677	7
Doença Meningocócica	5.130	1.363	1.168	468	259
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.724	1.638	675	338
Meningites Virais	21.209	4.230	5.294	1.927	660
Outras Meningites	4.355	833	968	418	174
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	91	88	38	52
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	152	23	20	52
Rubéola	2.373	0	0	0	0
Sarampo	0	27	1	5	0
Síndrome da Rubéola Congênita	23	0	0	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	5	2	1	1	1
Tétano Acidental	88	26	18	13	0
Tracoma¶	9.071	1.760	2.202	494	261
Varicela	78.423	17.657	18.934	2.908	7.103
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)	49.735	31.408	43.799*	19.646	
<b>SURTOS CONFIRMADOS</b>					
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações	1.632	39	88	9	15
Conjuntivite§§	1.676	9.041	776	144	72
Hepatite A	131	15***	7	3	3
Varicela	10.454	2.747	3.000	681	1.201
Diarréia	2.001	137***	138	475	32

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

(§) 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. -- Acum. - casos acumulados SE - Semana Epidemiológica



## NOTÍCIAS...

### CURSO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOCICLISTAS



A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo vem, por meio do Núcleo de Vigilância em Violências e Acidentes (VIVA), operacionalizando o Projeto Vida no Trânsito em nosso Estado. Este projeto prevê o estudo dos custos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito em aglomerados

urbanos, o desenvolvimento de ações de comunicação social na prevenção de acidentes de trânsito e a qualificação de gestores e profissionais de saúde na implementação de ações intersetoriais para prevenção dos referidos agravos.

Um dos módulos desenvolvidos no projeto é o “Curso de Educação Interativa de Prevenção de Acidentes envolvendo Motociclistas”, realizado por meio de tecnologia virtual, em parceria com o Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo – Secretaria de Estado de Segurança Pública e a Disciplina de Telemedicina da FMUSP.

O curso foi estruturado de forma a promover a familiarização dos alunos com o tema e o desenvolvimento de habilidades mínimas para a implementação de ações que, de fato, resultem na redução dos acidentes envolvendo motociclistas, além da disponibilização de um ambiente colaborativo com documentos e assuntos complementares e do apoio, moderação e supervisão de tutores do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo – Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria da Saúde.

Dentro dos princípios da epidemiologia aplicada, os dados do Sistema de Informação em Mortalidade – SIM/DATASUS- que estabelecem o perfil sócio epidemiológico da mortalidade no Estado de São Paulo, evidenciam o impacto dos óbitos por causas externas (com especial destaque aos óbitos advindos dos acidentes de transporte) sobre este, vindo a subsidiar a proposição de ações interventivas que objetivem a reversão deste quadro.

No ano de 2010, as causas externas foram responsáveis por 12.199 óbitos dos zero aos trinta e nove anos (seis vezes mais que os óbitos provocados pelas doenças infecciosas e parasitárias, e vinte vezes mais na faixa etária dos quinze aos dezoito anos), representando a quarta maior causa de mortalidade no cálculo da mortalidade geral.

Neste panorama, os acidentes de trânsito representam a primeira causa de óbitos no grupo das causas externas (32 %), com especial incidência na faixa etária dos cinco

aos cinquenta e nove anos (6.284 óbitos em 2010, ou seja, 83 % do total de óbitos por acidente de trânsito).

Quanto à tipificação dos acidentes, emergem como principais vítimas os pedestres (25%) e os motociclistas (22%); observa-se que a mortalidade entre os motociclistas tende ao aumento.

A primeira edição deste curso foi dirigida aos gestores, interlocutores de promoção da saúde e profissionais de saúde de 42 Municípios do Estado de São Paulo, totalizando 73 participantes. Desta forma, pretendeu-se instrumentalizar profissionais de saúde dos Municípios a implementarem projetos intersetoriais de prevenção de acidentes de trânsito de acordo com suas realidades e prioridades.

O Curso gerou 50 projetos de prevenção, envolvendo principalmente intervenções educativas e no sistema viário, além de sistema de informação e ações intersetoriais. Do total de participantes, 62 (84%) trabalhavam em municípios considerados prioritários pelo número de ocorrências de acidentes.

A 2ª. Edição do Curso foi dirigida a gestores e profissionais que atuam em prevenção de acidentes de trânsito dos setores Saúde, Educação, Segurança Pública, Transportes/sistema viário/trânsito, Bombeiros e Defesa Civil que tinham o interesse em diminuir os acidentes de trânsito em suas cidades e ocorreu no período de 12 de setembro a 07 de novembro de 2013 em um ambiente aprendizagem online com modelo educacional desenvolvido pela Disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP.

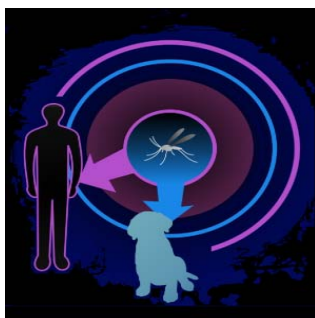
Assim, o projeto Vida no Trânsito - SP visa contribuir com a qualificação de gestores e profissionais que atuam na prevenção de acidentes envolvendo motociclistas, por meio de curso interativo, utilizando recursos de Telessaúde.

#### **Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

**Av. Dr Arnaldo 351- 6º andar- sala 609 – Bairro Cerqueira César – São Paulo/SP**

**Fone: 11 – 3066-8295 - email: [dvdcnt@saude.sp.gov.br](mailto:dvdcnt@saude.sp.gov.br)**

## SEMANA DE PREVENÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL AMERICANA NO ESTADO DE SÃO PAULO



No Brasil a Leishmaniose Visceral Americana (LVA) encontra-se urbanizada e em expansão territorial. No Estado de São Paulo (ESP), entre o período de 1999 até dezembro de 2012, foram notificados 5.056 casos humanos suspeitos de LVA, com 2.229 (44%) confirmações. Desses, 2.146 (96%) foram classificados como autóctones do ESP, distribuídos em 75 municípios (CVE, 2013).

Diante desse cenário e considerando a publicação, em 04/04/2012, da Lei Federal nº 12.604 que instituiu a “Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose”, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) promoveu a “Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo”, no período de 05 a 10/08/2013, com o tema “Leishmaniose: Mobiliza-Ação para Prevenção”.

A prioridade foi atingir os 105 municípios do estado com transmissão da LVA humana e canina. Entretanto, todos os demais municípios do estado, independente da situação epidemiológica, foram incentivados a desenvolverem atividades de comunicação e educação em saúde durante a semana.

O objetivo foi mobilizar os serviços de saúde e a sociedade para promoverem ações de prevenção e controle da doença. Vale destacar que a LVA por ser uma doença de ciclo de transmissão complexo, pois envolve a relação do homem com meio ambiente e animais, exige ações de prevenção intersetoriais e multidisciplinares com segmentos da sociedade em suas organizações.

A abertura da “Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo” foi realizada com uma videoconferência em 05/08/2013, que abordou a situação epidemiológica do Estado de São Paulo, diagnóstico e tratamento da LVA, além das medidas de controle vetorial. A videoconferência foi feita via “streaming” e pela ativação dos pólos bases de DRS Araçatuba, DRS Bauru, DRS Marília, DRS Presidente Prudente, DRS Ribeirão Preto, DRS São João da Boa Vista e SAP Campinas.

Foram disponibilizados, via eletrônica, documento informativo e alerta sobre a LVA aos profissionais de saúde das áreas de vigilância, controle vetorial, atenção básica e gestores municipais. Além disso, a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) produziu um folder educativo para ser distribuído a população como recurso de ensino.

Em relação à cobertura das atividades realizadas pelos municípios durante a semana e relatadas à SUCEN, demonstrou que 213 municípios no ESP (33%) promoveram ações educativas de prevenção da doença no período. Destacou-se com número expressivo de municípios trabalhados na semana de prevenção os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de São José do Rio Preto com 80%, Presidente Prudente com 67% e Campinas com 44%. Outros DRS do estado com transmissão importante da LVA que também desenvolveram ações educativas foram DRS Sorocaba, DRS Araçatuba, DRS Marília e DRS Ribeirão Preto. Os DRS da Grande São Paulo, Baixada Santista e Taubaté, embora não apresente situação epidemiológica de risco também desencadearam ações.

As ações envolveram as equipes municipais de saúde das áreas de vigilância epidemiológica, controle de vetores, zoonoses e atenção básica que de forma coordenada promoveram palestras, encontros, confecção e distribuição de material educativo e divulgação nas mídias locais de matérias sobre o tema.

Assim, em 2013 a “Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo” contribuiu para disseminar conhecimentos sobre a doença, uma vez que a cobertura foi ampla nas áreas de transmissão da LVA superando a cobertura de municípios do ano anterior. Para 2014 há expectativa de expandir a adesão de municípios no estado por intermédio de programas educativos, com parcerias da rede de ensino e vigilância ambiental.

O conhecimento sobre a doença (o papel do vetor, a doença no cão e no homem e as mudanças no meio ambiente) por parte da sociedade é um valioso instrumento na redução dos riscos de transmissão. Por se tratar de um processo educativo, o mesmo, deve constituir-se nos municípios de maneira continuada para favorecer práticas significativas em relação à prevenção da LVA e trazer resultados importantes em termos de saúde pública.

**Elaboração: Cristina Sabbo da Costa, Irmã Terezinha Rodrigues Neves Ferreira, Lúcia de Fátima Henriques – Diretoria de Combate a Vetores/SUCEN/SESP e Ana Cecília Costa França, Silvia Silva de Oliveira–Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES/SP**

## **PADRONIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DO TRACOMA – ITAQUAQUECETUBA, AGOSTO DE 2013.**



O tracoma é uma ceratoconjuntivite crônica e recidivante que em longo prazo, sem diagnóstico e tratamento oportunos, pode levar a sequelas que evoluem para a cegueira de forma irreversível.

O diagnóstico do tracoma é essencialmente clínico e feito através da identificação de sinais específicos na conjuntiva tarsal superior observada na eversão das pálpebras com auxílio de uma lupa binocular de 2,5X de aumento.

No estado de São Paulo o tracoma é uma doença de notificação compulsória e a busca ativa de

casos é realizada sistematicamente por profissionais padronizados para a realização do seu diagnóstico.

No mês de agosto de 2013, o Centro de Oftalmologia Sanitária capacitou nove profissionais da saúde. A padronização foi realizada em escolares do ensino fundamental e médio da rede pública no município de Itaquaquecetuba.

Os novos “Tracometes”, apelido dado aos profissionais padronizados, examinaram 2.553 alunos distribuídos em três escolas. Foram confirmados 53 casos de tracoma inflamatório e instituído tratamento para os casos e seus comunicantes domiciliares.

Os profissionais padronizados irão reforçar o sistema de vigilância epidemiológica do tracoma no Estado de São Paulo, contribuindo para o controle deste importante agravo para a saúde pública.

**Elaborado por: Jadher Percio e Norma Helen Medina**

**Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar — sala 613 CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil - Tel.: 55 11 3066-8153 Email: [jpercio@saude.sp.gov.br](mailto:jpercio@saude.sp.gov.br)**

## SECRETARIA DA SAÚDE PROMOVE SIMPÓSIO DE HEPATITES VIRAIS



O Programa Estadual de Hepatites Virais do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo promoveu, no dia 18 de setembro, o “VII Simpósio Estadual de Hepatites Virais B e C”.

O evento, realizado na Casa de Portugal, contou com a expressiva presença de diversos profissionais de saúde, interessados em conhecer e discutir novos modelos e estratégias para tratamento, monitoramento e prevenção desse importante agravamento.

Alice Thiago Souza, que representou o Coordenador de Controle de Doenças do Estado de São Paulo, Marcos Boulos, destacou a importância desse evento para manter e aprimorar a difusão científica e lembrou os esforços da equipe do Programa Estadual de Hepatites Virais em relação à realização dos simpósios anteriores. Claudia Afonso Binelli, Coordenadora do Programa Estadual de Hepatites Virais do Estado de São Paulo, ressaltou a oportunidade de compartilhamento de experiências bem sucedidas.

A primeira palestra foi proferida por Jorge Eurico Ribeiro, Coordenador de Hepatites Virais do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Como tema “Prevenção e Controle das Hepatites Virais no Brasil: Situação Atual e Perspectivas”, Jorge mostrou os avanços obtidos nessa área, traçando um leque detalhado e atualizado do quadro das hepatites em nosso país.

Na mesa redonda da manhã foi abordado o tratamento da hepatite C, com ênfase nas novas drogas, telaprevir e boceprevir.

O simpósio contou, também, com a presença de Ruth Monina Klevens, Diretora Sênior da área de Epidemiologia e Vigilância, Divisão de Hepatites Virais do *National Center for HIV/Aids, STD and TB Prevention* do *Centers For Disease Control and Prevention* – CDC. Klevens traçou um painel dos modelos de vigilância epidemiológica das hepatites nos Estados Unidos, na União Europeia e na Austrália. Em sua fala, ela mostrou dados sobre a prevalência das hepatites em diversos grupos etários e etnias, e ressaltou: “No controle e no monitoramento das hepatites, é importante acompanhar os casos crônicos durante toda a vida e é importante, também, a implantação de sistemas de vigilância sentinela de hepatites aguda e crônica para conhecer a incidência da doença e explorar melhor os fatores de risco”.

Jeová Pessin Fragoso, da ONG Grupo Esperança, iniciou a programação da tarde com a palestra sobre os desafios da sociedade civil na prevenção e controle das hepatites virais. As mesas redondas se dedicaram a discutir a epidemiologia e a prevenção das hepatites virais B e C e o tratamento da hepatite B crônica, incluindo temas como prevalência e fatores de risco em caminhoneiros, presidiários, estratégias de redução de danos, tratamento da hepatite B com entecavir x tenofovir e resistência viral.

**EXPEDIENTE**

O **e-BE CVE** 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**

**Coordenadora Executiva** – 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

**Editoração e Arte final**

Zilda Souza