

## 1. Aspectos Epidemiológicos

A influenza é uma infecção viral que afeta principalmente o nariz, a garganta, os brônquios e, ocasionalmente, os pulmões. São conhecidos três tipos de vírus da influenza: A, B e C. Esses vírus são altamente transmissíveis e podem sofrer mutações (transformações em sua estrutura genética). O tipo A é o mais mutável entre os três. As epidemias e as pandemias geralmente estão associadas ao vírus do tipo A.

Durante o século passado, ocorreram três importantes pandemias de influenza: a "Gripe Espanhola", de 1918 a 1920; a "Gripe Asiática", entre 1957 e 1960; e a gripe de "Hong Kong", de 1968 a 1972. Entre 1977 e 1978, a chamada "Gripe Russa" afetou principalmente crianças e adolescentes e, em 2009, a "Gripe Influenza Pandêmica (H1N1) 2009" se propagou rapidamente por vários países. Ressalta-se ainda a ocorrência de transmissão direta do vírus influenza aviária de alta patogenicidade A (H5N1) ao homem, gerando surtos de elevada letalidade na Ásia.

Com os modernos meios de transporte, a propagação do vírus da influenza tornou-se muito rápida. Hoje, o mesmo vírus pode circular em várias partes do mundo, causando epidemias quase simultâneas.

A transmissão da influenza pode ocorrer através das secreções das vias respiratórias de uma pessoa contaminada ao falar, espirrar ou tossir. Outra forma de transmissão é por meio das mãos: após contato com superfícies recentemente contaminadas por secreções respiratórias de um indivíduo infectado, as mãos podem carregar o agente infeccioso diretamente para a boca, nariz e olhos.

As infecções duram aproximadamente uma semana e são caracterizadas por início de sintomas repentinos, como febre alta, dores musculares, dor de cabeça, mal-estar, tosse não produtiva, coriza e rinite. A maioria das pessoas recupera-se em uma ou duas semanas, sem necessidade de tratamento médico. No entanto, em crianças, jovens, idosos ou pessoas com algumas condições crônicas (doenças pulmonares, metabólicas, renais, entre outras), a evolução pode apresentar complicações.

A influenza ocorre durante todo o ano, sendo que a dispersão aumenta rapidamente em algumas estações do ano. Em regiões de clima temperado, as epidemias acontecem predominantemente na estação do inverno, geralmente de novembro a abril no hemisfério Norte e de junho a agosto no hemisfério Sul. Nos trópicos, o vírus da influenza circula durante todo o ano.

## 2. Vigilância de Síndrome Gripal

O Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza foi implantado em 2000 e conta, atualmente, com uma rede de 59 unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) localizadas, em sua maioria, nas capitais brasileiras.

Essas unidades informam semanalmente o número de atendimentos, gerais e por SG, no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SIVEP Gripe). Um dos objetivos do sistema é a identificação dos vírus respiratórios que circulam no país, além de permitir o monitoramento da demanda do atendimento por SG nas unidades sentinelas.

As unidades de vigilância de SG coletam cinco (05) amostras de secreção de nasofaringe (SNF) por semana. As amostras coletadas são encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de cada estado para processamento pela técnica de Imunofluorescência Indireta (IFI), incluindo a pesquisa para os vírus influenza A e B, parainfluenza 1, 2 e 3, adenovírus e vírus sincicial respiratório (VSR).

### DEFINIÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

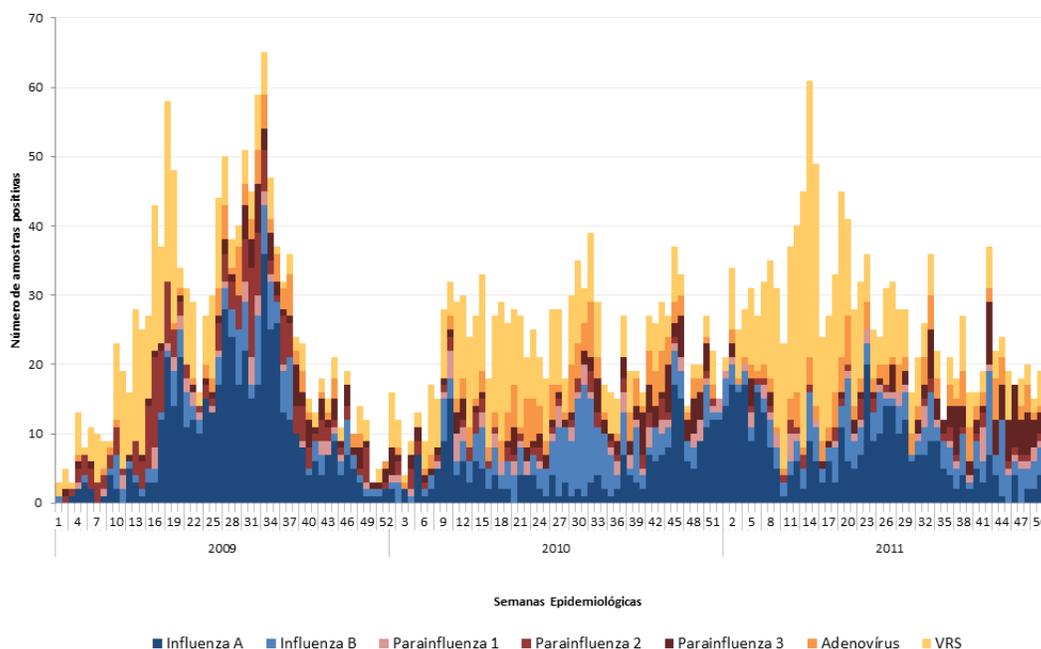
Indivíduo que apresentou febre acompanhada de tosse ou dor de garganta

Em 2009, houve predomínio de circulação do vírus influenza A, com circulação do VRS na primeira metade do ano e, em 2010, do vírus influenza B entre as semanas epidemiológicas (SE) 27 e 32. No ano de 2011, o vírus influenza A teve maior circulação nas primeiras SE do ano (até a SE 9) e entre as SE 25 e 31 (Figura 1). Neste mesmo ano, destacou-se também circulação do VRS entre as SE 9 e 24. Verificou-se um percentual maior de positividade para influenza A em 2009 (36,7%) e para VRS em 2010 (31,8%) e 2011 (37,3%).

A circulação dos vírus respiratórios por região geográfica se deu conforme resumo abaixo (Tabela 1).

- **Região Norte** - maior percentual de positividade para VRS nos três anos (42,8% em 2009, 45,6% em 2010 e 39,5% em 2011).
- **Região Nordeste** - predomínio de vírus influenza A em 2009 (40,5%) e de VRS em 2010 (23,8%) e 2011 (37%).
- **Região Sudeste** - mesmo percentual de positividade para influenza A e VRS em 2009 (37,1%) e predomínio de VRS em 2010 (38,9%) e 2011 (53%).
- **Região Sul** - predomínio de influenza A nos anos de 2009 (45,9%) e 2011 (51%), e maior identificação de influenza B (34,6%) em 2010.
- **Região Centro-oeste** - destaque para vírus influenza A em 2009 (42,4%), VRS em 2010 (37,1%) e os vírus influenza A (37,1%) e VRS (33,7%) em 2011.

**Figura 1.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2009 a 2011.



Fonte: SIVEP Gripe/SVS/MS. Dados atualizados em 06/01/2012.

**Tabela 1.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG por região geográfica e ano epidemiológico de início dos sintomas. Brasil, 2009 a 2011.

Ano/Região	Influenza A		Influenza B		Parainfluenza 1		Parainfluenza 2		Parainfluenza 3		Adenovírus		VRS		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2009	Norte	66	21,7	17	5,6	11	3,6	33	10,9	10	3,3	37	12,2	130	42,8
	Nordeste	201	40,5	77	15,5	21	4,2	50	10,1	36	7,3	25	5,0	86	17,3
	Sudeste	63	37,1	4	2,4	2	1,2	19	11,2	14	8,2	5	2,9	63	37,1
	Sul	89	45,9	21	10,8	7	3,6	45	23,2	9	4,6	2	1,0	21	10,8
	Centro Oeste	64	42,4	9	6,0	1	0,7	31	20,5	7	4,6	6	4,0	33	21,9
	BRASIL	483	36,7	128	9,7	42	3,2	178	13,5	76	5,8	75	5,7	333	25,3
2010	Norte	39	14,3	11	4,0	14	5,1	5	1,8	18	6,6	61	22,4	124	45,6
	Nordeste	70	19,3	45	12,4	32	8,8	29	8,0	56	15,5	44	12,2	86	23,8
	Sudeste	49	22,2	53	24,0	15	6,8	2	0,9	8	3,6	8	3,6	86	38,9
	Sul	67	29,0	80	34,6	3	1,3	17	7,4	13	5,6	8	3,5	43	18,6
	Centro Oeste	22	19,0	24	20,7	2	1,7	1	0,9	9	7,8	15	12,9	43	37,1
	BRASIL	247	20,5	213	17,7	66	5,5	54	4,5	104	8,7	136	11,3	382	31,8
2011	Norte	48	14,6	29	8,8	19	5,8	12	3,6	32	9,7	59	17,9	130	39,5
	Nordeste	100	25,5	73	18,6	10	2,6	18	4,6	20	5,1	26	6,6	145	37,0
	Sudeste	53	15,4	35	10,1	10	2,9	2	0,6	41	11,9	21	6,1	183	53,0
	Sul	128	51,0	44	17,5	10	4,0	5	2,0	15	6,0	12	4,8	37	14,7
	Centro Oeste	33	37,1	10	11,2	1	1,1	1	1,1	3	3,4	11	12,4	30	33,7
	BRASIL	362	25,7	191	13,6	50	3,6	38	2,7	111	7,9	129	9,2	525	37,3

Fonte: SIVEP Gripe/SVS/MS. Dados atualizados em 06/01/2012.

### 3. Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave

Em abril de 2009, o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC/EUA) identificou o vírus da influenza pandêmica A/H1N1 2009 e, em julho, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou pandemia por esse novo subtipo viral.

Durante a fase pandêmica, a constatação de transmissão sustentada desse novo vírus no país resultou em mudanças nas condutas de identificação e investigação dos casos de SG e de manejo clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), uma vez que qualquer pessoa apresentando sintomas de gripe passou a ser suspeita também de infecção por influenza pandêmica A/H1N1 2009. A partir da SE 28 de 2009, o Ministério da Saúde passou a priorizar os casos de SRAG e aquelas pessoas que apresentassem fatores de risco para complicação da doença.

Mesmo após a fase pós-pandêmica da influenza A/H1N1 2009, declarada em agosto de 2010, o monitoramento e as ações preventivas continuam, considerando que o vírus permanece circulando junto a outros vírus sazonais. Em 2010, passaram a ser notificados apenas os casos de SRAG hospitalizados. A notificação desses casos é realizada, desde a pandemia até os dias atuais, em uma versão Web do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Influenza Web).

#### DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

- Indivíduo com febre, tosse, dispneia e que foi hospitalizado.

Em 2009, as Unidades Federadas (UF) que mais confirmaram casos de SRAG hospitalizados por influenza A/H1N1 2009 concentraram-se nas regiões Sul e Sudeste (Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Em 2010, houve circulação do vírus nas regiões norte e nordeste, sendo que as UF que mais apresentaram casos foram Paraná, Pará, São Paulo, Maranhão e Piauí. Em 2011, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo apresentaram o maior número de casos confirmados (Tabela 2). O pico de casos confirmados aconteceu na SE 31 em 2009, na SE 10 em 2010 e na SE 25 em 2011 (Figura 2).

Na figura 3, observam-se os mapas com a distribuição dos casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 por município de residência nos anos de 2009 (a partir da SE 16) e 2010. Nos mapas da figura 4 estão dispostos os casos de SRAG hospitalizados notificados no ano de 2011, com maior concentração de casos verificada nos municípios das regiões Sul e Sudeste. Os confirmados para influenza A/H1N1 2009 estavam concentrados nos seguintes municípios: Belo Horizonte (568 casos notificados), Porto Alegre (346), São Paulo (189) e Curitiba (171).

Os casos de SRAG hospitalizados confirmados para influenza A/H1N1 2009 têm acometido faixas etárias mais jovens, com maior incidência nos menores de dois anos em ambos os sexos (Figuras 5 e 6). Em relação as mulheres em idade fértil, as gestantes foram 17% dos casos em 2009, 35,6% em 2010 e de 36,7% em 2011 (Tabela 3). Em 2009 e 2010, 33% dos casos relataram pelo menos uma comorbidade. Em 2011, o percentual foi de 44% (Tabela 3). Mesmo com a intensa circulação do vírus pandêmico, foi observada circulação de outros vírus respiratórios (Figura 7).

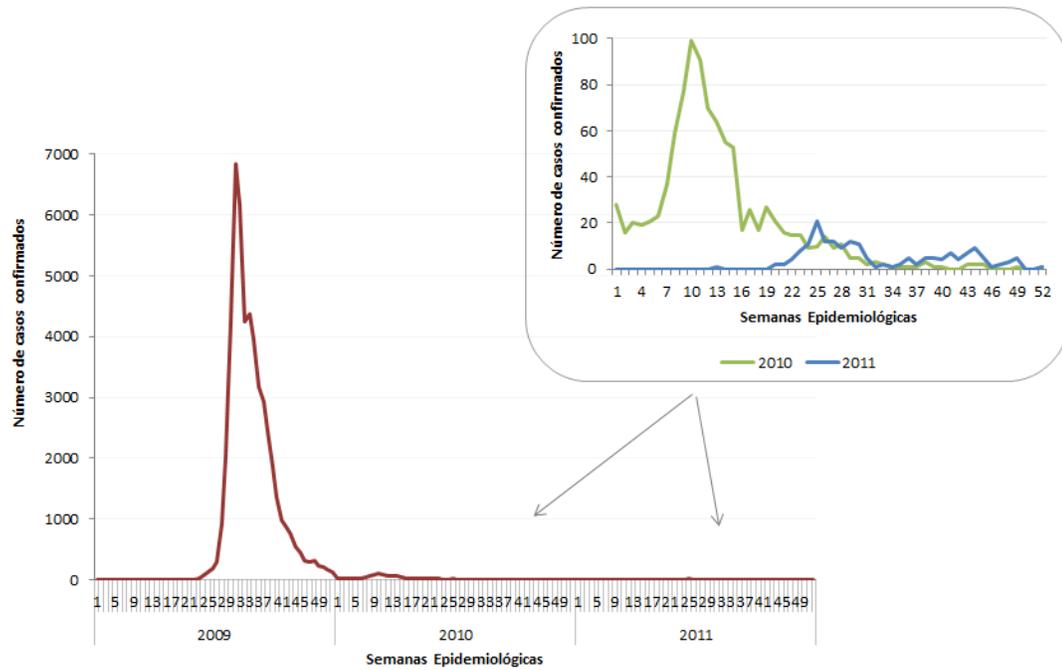
No país, 2.060 casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 evoluíram para óbito em 2009, 113 em 2010 e 21 em 2011. A região sudeste apresentou o maior número absoluto de óbitos em 2009, a região norte em 2010 e a região sul em 2011 (Tabela 4).

**Tabela 2.** Casos de SRAG notificados e confirmados para influenza A/H1N1 2009 por região geográfica/UF de residência e ano de início dos sintomas. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2011.

Região/UF	2009			2010			2011		
	SRAG	A/H1N1 n	%	SRAG	A/H1N1 n	%	SRAG	A/H1N1 n	%
<b>Norte</b>	<b>2.121</b>	<b>868</b>	<b>40,9</b>	<b>1.089</b>	<b>319</b>	<b>29,3</b>	<b>86</b>	<b>2</b>	<b>2,3</b>
RO	73	35	47,9	100	10	10,0	8	0	0,0
AC	233	115	49,4	44	1	2,3	34	2	5,9
AM	314	161	51,3	83	18	21,7	6	0	0,0
RR	67	20	29,9	0	0	-	1	0	0,0
PA	1.326	477	36,0	807	281	34,8	28	0	0,0
AP	32	13	40,6	34	4	11,8	1	0	0,0
TO	76	47	61,8	21	5	23,8	8	0	0,0
<b>Nordeste</b>	<b>3.094</b>	<b>846</b>	<b>27,3</b>	<b>666</b>	<b>152</b>	<b>22,8</b>	<b>131</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
MA	99	48	48,5	119	66	55,5	8	0	0,0
PI	211	51	24,2	136	37	27,2	44	0	0,0
CE	168	47	28,0	75	11	14,7	3	0	-
RN	1.357	254	18,7	69	4	5,8	16	0	0,0
PB	132	17	12,9	17	3	17,6	4	0	0,0
PE	540	155	28,7	90	11	12,2	5	0	0,0
AL	55	16	29,1	45	14	31,1	9	0	0,0
SE	25	6	24,0	2	1	50,0	0	0	-
BA	507	252	49,7	113	5	4,4	42	1	2,4
<b>Sudeste</b>	<b>31.020</b>	<b>12.104</b>	<b>39,0</b>	<b>4.482</b>	<b>120</b>	<b>2,7</b>	<b>1.995</b>	<b>60</b>	<b>3,0</b>
MG	5.645	1.810	32,1	540	8	1,5	957	26	2,7
ES	417	110	26,4	41	1	2,4	17	1	5,9
RJ	5.293	2.777	52,5	304	3	1,0	66	5	7,6
SP	19.665	7.407	37,7	3.597	108	3,0	955	28	2,9
<b>Sul</b>	<b>49.459</b>	<b>35.397</b>	<b>71,6</b>	<b>2.573</b>	<b>364</b>	<b>14,1</b>	<b>2.560</b>	<b>112</b>	<b>4,4</b>
PR	40.015	30.650	76,6	1.573	344	21,9	814	2	0,2
SC	4.823	2.155	44,7	579	20	3,5	257	7	2,7
RS	4.621	2.592	56,1	421	0	0,0	1.489	103	6,9
<b>Centro Oeste</b>	<b>2.770</b>	<b>1.267</b>	<b>45,7</b>	<b>575</b>	<b>18</b>	<b>3,1</b>	<b>172</b>	<b>6</b>	<b>3,5</b>
MS	323	89	27,6	37	0	0,0	44	3	6,8
MT	299	196	65,6	56	1	1,8	4	0	0,0
GO	1.304	646	49,5	388	12	3,1	91	1	1,1
DF	844	336	39,8	94	5	5,3	33	2	6,1
<b>Total</b>	<b>88.464</b>	<b>50.482</b>	<b>57,1</b>	<b>9.385</b>	<b>973</b>	<b>10,4</b>	<b>4.944</b>	<b>181</b>	<b>3,7</b>

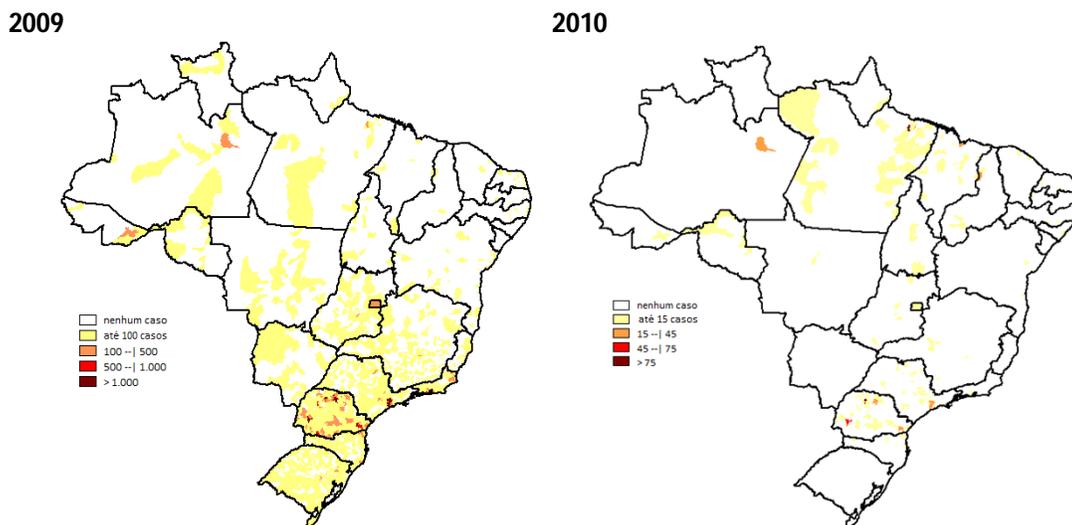
Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

**Figura 2.** Distribuição dos casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2011.



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

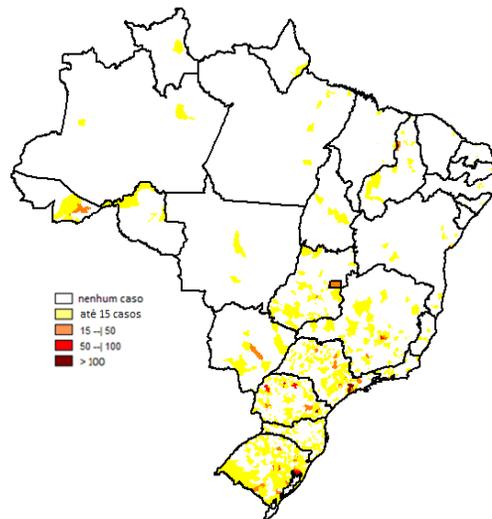
**Figura 3.** Mapas com distribuição dos casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 por município de residência. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2010.



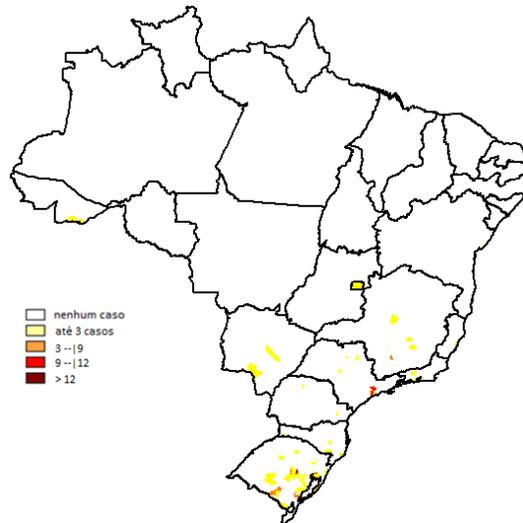
Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 11/12/2011.

**Figura 4.** Mapas com distribuição dos casos de SRAG hospitalizados e confirmados para influenza A/H1N1 2009 por município de residência. Brasil, 2011.

**SRAG hospitalizado**



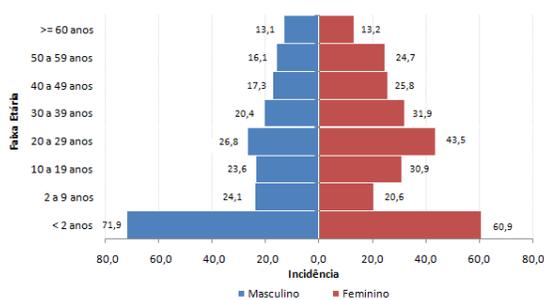
**A/H1N1 2009**



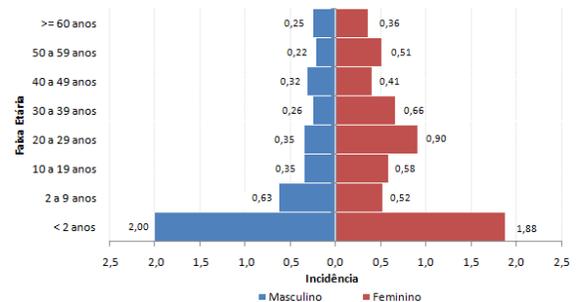
Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

**Figura 5.** Incidência (100.000 habitantes) dos casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 por faixa etária e sexo. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2010.

**2009**

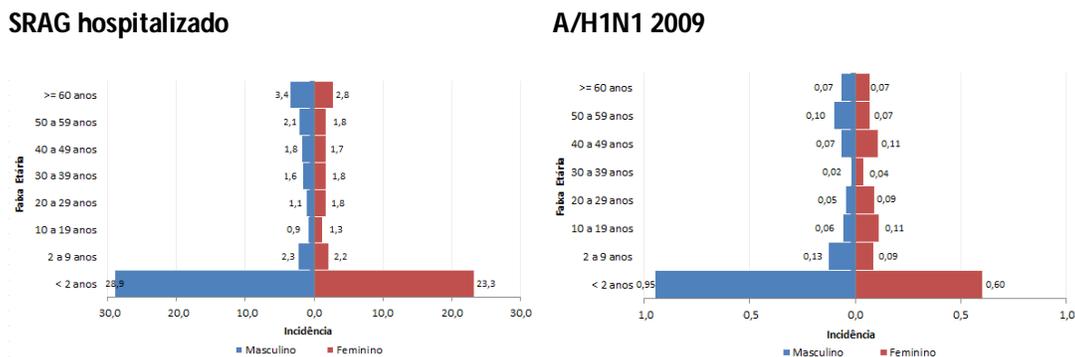


**2010**



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 11/12/2011.

**Figura 6.** Incidência (100.000 habitantes) dos casos de SRAG hospitalizados e confirmados para influenza A/H1N1 2009 por faixa etária e sexo. Brasil, 2011.



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

**Tabela 3.** Distribuição dos casos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009, segundo fatores de risco e ano epidemiológico de início dos sintomas. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2011.

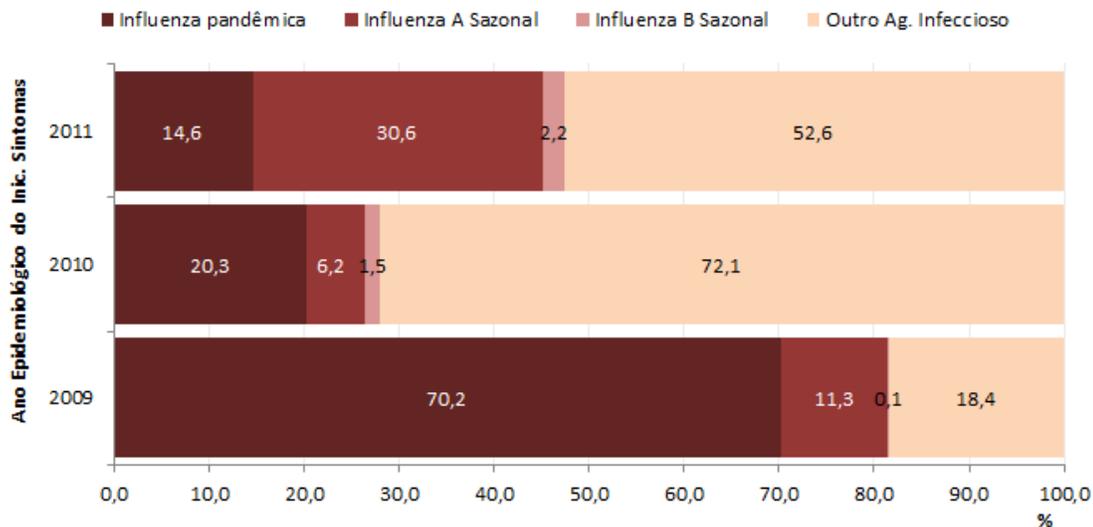
Fatores de Risco		n	%
<b>2009</b>			
Gestação	Mulheres em idade fértil (15 a 49 anos)*	18.585	64,3
	Gestantes**	3.162	17,0
Comorbidade	Sim	16.958	33,6
	Não	33.524	66,4
<b>2010</b>			
Gestação	Mulheres em idade fértil (15 a 49 anos)*	376	62,0
	Gestantes**	134	35,6
Comorbidade	Sim	321	33,0
	Não	652	67,0
<b>2011</b>			
Gestação	Mulheres em idade fértil (15 a 49 anos)*	49	51,0
	Gestantes**	18	36,7
Comorbidade	Sim	80	44,2
	Não	101	55,8

Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

\* Percentual em relação ao total de mulheres.

\*\* Percentual em relação ao total de mulheres em idade fértil.

**Figura 7.** Casos de SRAG com identificação do agente etiológico pela técnica de *rt*-PCR em tempo real, por ano epidemiológico do início dos sintomas. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2011.



Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

**Tabela 4.** Distribuição dos óbitos de SRAG confirmados para influenza A/H1N1 2009 por região geográfica e ano de início dos sintomas. Brasil, SE 16/2009 a SE 52/2011.

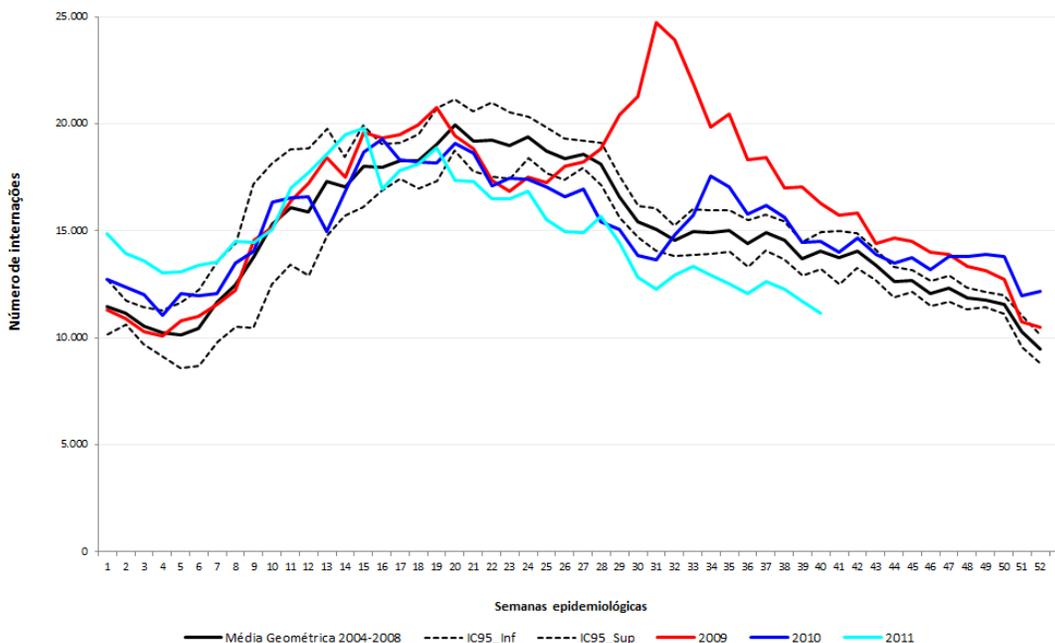
Região	2009	2010	2011
Norte	50	48	0
Nordeste	62	23	0
Sudeste	992	17	6
Sul	789	21	14
Centro Oeste	167	4	1
Total	2.060	113	21

Fonte: SINAN Influenza Web/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

#### 4. Internações Hospitalares por CID 10: J09 a J18

As hospitalizações por pneumonia e influenza (CID-10: J09-J18) registradas no Sistema de Informação de Hospitalizações (SIH) apresentou um número de internações acima do limiar superior no diagrama de controle para o ano de 2009 entre as SE 29 e 50, considerando uma série histórica de 2004 a 2008. No ano de 2010, as internações ultrapassaram o limiar superior nas primeiras semanas, entre as semanas 34 e 38 e nas últimas semanas do ano. Para o ano de 2011, observaram-se números acima do limiar superior apenas nas primeiras semanas do ano (Figura 8).

**Figura 8.** Distribuição das internações hospitalares por influenza ou pneumonias (CID 10: J09-J18), segundo semana epidemiológica de internação. Brasil, 2009 a SE 40 de 2011.



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS. Dados atualizados em 08/01/2012.

## 5. Vigilância Laboratorial

Iniciada em 1947, a rede de vigilância epidemiológica da influenza, coordenada pela OMS, inclui aproximadamente 112 Laboratórios Nacionais de Influenza distribuídos em 83 países, apoiados por cinco Centros Colaboradores de Referência localizados na Inglaterra, Estados Unidos, Austrália, Japão e China.

No Brasil, a rede de laboratórios de referência para vírus respiratórios é composta de três (03) laboratórios credenciados junto à OMS como centros de referência para influenza (NIC - Nacional Influenza Center), os quais fazem parte da rede global de vigilância da influenza. Entre estes laboratórios há um laboratório de referência nacional, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, e dois laboratórios de referência regional: o Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo, e o Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém.

A Rede de Laboratórios de Saúde Pública, do Ministério da Saúde, possui 27 LACEN, localizados nas capitais das unidades federadas. As amostras de SG e SRAG coletadas nas unidades de saúde são encaminhadas aos LACEN para a realização da técnica de Imunofluorescência Indireta (IFI).

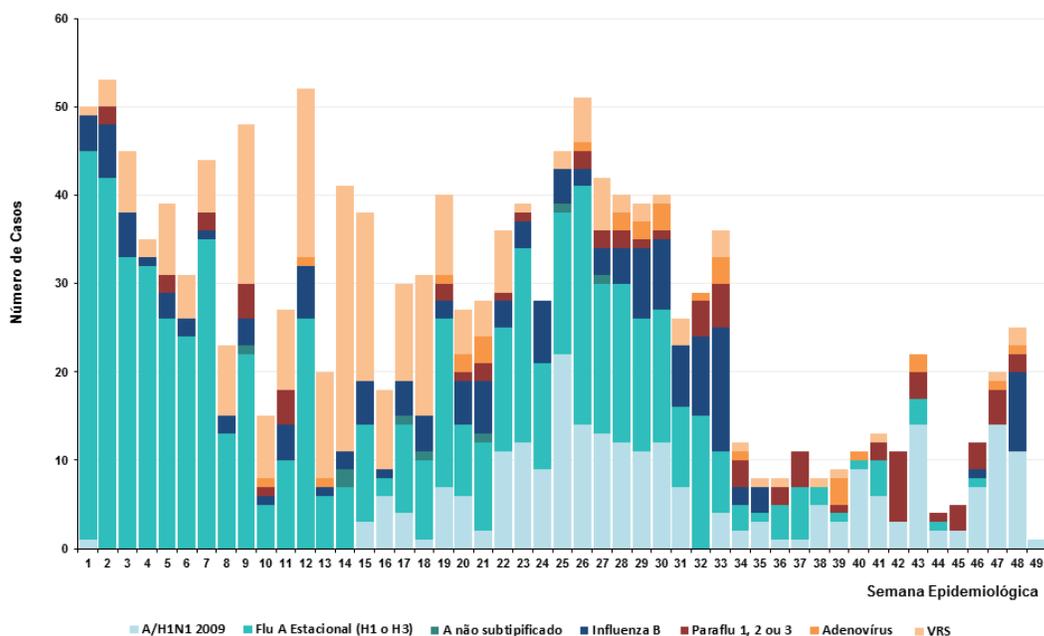
Atualmente, todos os LACEN realizam a técnica de IFI. Alguns também realizam a técnica de *rt* – PCR em tempo real, como o Grande do Sul; Santa Catarina; Paraná; Minas Gerais; Rio de Janeiro; São Paulo; Mato Grosso do Sul; Goiás; Pernambuco; Ceará e Acre. Os estados que não realizam *rt* – PCR em tempo real encaminham suas amostras aos Laboratórios

de Referência para Influenza (FIOCRUZ/RJ, IEC/PA e IAL/SP) de acordo com a área de abrangência.

Os Laboratórios de Referência para Vírus Respiratórios, além de realizar a técnica de *rt* – PCR em tempo real para os LACEN de estados não capacitados, também são responsáveis pelo controle de qualidade das amostras de IFI.

Em 2011, os Laboratórios de Referência para Vírus Respiratórios receberam 5.214 amostras até a SE 49: 790 foram da Fiocruz, 905 do IEC e 3.519 do IAL. Nas primeiras semanas epidemiológicas do ano foi identificada a circulação de influenza A sazonal, um aumento de casos de VRS a partir da SE 10 e da influenza A (H1N1) 2009 a partir da SE 15.

**Figura 9.** Distribuição dos vírus respiratórios identificados nos NIC pela técnica de *rt* – PCR em tempo real, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2011\*.



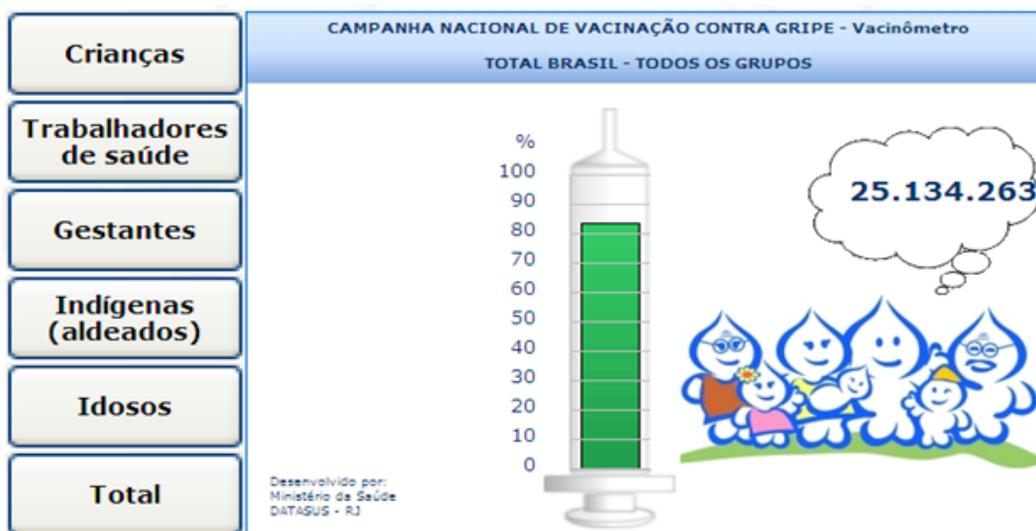
Fonte: CGLAB/SVS/MS. Dados atualizados em 14/12/2011. \* até a SE 49/2011.

## 6. Imunização da Influenza

A vacina contra a influenza confere proteção contra as complicações associadas à Influenza. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, disponibiliza, desde 1999, através de campanha, a vacina sazonal para a faixa etária de 65 anos de idade, sendo que em 2000 passou a ser para indivíduos acima de 60 anos de idade e a partir do ano de 2010, a vacinação é indicada para grupos prioritários com maior risco de complicações, visando contribuir para a redução da morbimortalidade associada à influenza. Na rotina, a vacina está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), integrantes do SUS.

Em 2011, foram ampliados os grupos prioritários para vacinação: gestantes e crianças na faixa etária de seis meses a menos de dois anos foram incluídas. Desse modo, foram vacinadas as populações de 60 anos e mais de idade, trabalhadores de saúde, crianças na faixa etária de seis meses a menos de dois anos, gestantes e povos indígenas, alcançando uma cobertura nacional de vacinação acima de 80% em 2011.

**Figura 10.** Total das doses aplicadas em toda a campanha contra influenza, para todos os grupos prioritários. Brasil, 2011.



Fonte: Vacinômetro/Datasus/MS. Acesso em 09/11/2011.

## 7. Tratamento da Influenza

O Ministério da Saúde, de acordo com o Protocolo de Tratamento de Influenza, atualizado em 2011, recomenda o uso de antiviral (fosfato de oseltamivir) em todos os pacientes com SRAG e, na infecção por influenza (SG), em pacientes com fatores de risco para complicações, independente da situação vacinal. Esta indicação fundamenta-se no benefício que a terapêutica precoce proporciona na redução da duração dos sintomas e, principalmente, na redução da ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza, segundo a experiência acumulada no manejo clínico de pacientes durante a pandemia de 2009.

O protocolo está disponível para consulta no link:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo\\_2\\_versao\\_protocolo\\_influenza.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo_2_versao_protocolo_influenza.pdf)

## O USO DO OSELTAMIVIR PARA PROFILAXIA ESTÁ INDICADO NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- Profissionais de laboratório não vacinados, que tenham manipulado amostras clínicas de origem respiratória que contenham o vírus influenza sem o uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI).
- Trabalhadores de saúde não vacinados que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção por influenza, sem o uso adequado de EPI.
- Indivíduos com fator de risco para complicações para influenza e não vacinadas e com exposição à pacientes suspeitos de influenza nas últimas 48 horas.

O início do tratamento deve ser o mais precoce possível e a coleta de material não deve retardar seu início. Em pacientes com fatores de risco para complicações e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios mesmo se iniciado 48 horas após o estabelecimento das manifestações clínicas.

O antiviral deve estar disponível em todos os serviços de atendimento clínico de demanda espontânea (por exemplo: Pronto Socorro, Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Programa de Saúde da Família - PSF, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Ambulatório), de maneira a garantir o início precoce do tratamento e evitar a ocorrência de casos graves e óbitos.

Além do tratamento com antiviral, recomenda-se a ampla divulgação das medidas preventivas contra a transmissão do vírus influenza, lavagem das mãos e etiqueta respiratória, além de outros cuidados recomendados especialmente aos profissionais de saúde.

## 8. Recomendações

O Ministério da Saúde reitera a importância da notificação universal de todos os casos de SRAG hospitalizados no SINAN Influenza Web ([www.saude.gov.br/influenza](http://www.saude.gov.br/influenza)) até a implantação de módulo específico para notificação de SRAG Inusitado, com devida coleta de material de SNF e envio para o LACEN.

A SG deve ser notificada em situações de surtos no SINAN Net, conforme orientação do Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 – Notificação, Investigação e Monitoramento ([http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo\\_ve\\_influenza\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_ve_influenza_2010.pdf)).

Em relação à rotina de vigilância da influenza, o Ministério da Saúde recomenda que:

- As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde divulguem e orientem os serviços médicos para a utilização do protocolo para tratamento de SG com fator de risco e SRAG, disponível no site da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).
- Envidem esforços para garantir o acesso ao medicamento Oseltamivir de maneira oportuna.

- Divulguem amplamente as medidas preventivas contra a transmissão do vírus influenza, reforçando a etiqueta respiratória, lavagem das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel, além dos cuidados recomendados aos profissionais de saúde.
- Assegurem a notificação dos casos de SRAG em pacientes hospitalizados, bem como coleta de amostras de secreção NSF para a realização de diagnóstico viral, e tenham atualizados os fluxos de coleta e encaminhamento aos LACEN.

## 9. Outras Informações

Foi publicada a Portaria nº 2.693 GM/MS, em 17 de novembro de 2011, que estabelece mecanismo de repasse financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza e define atuação dos sítios sentinelas no Brasil.

Nas capitais do país e nos municípios da região sul com população maior que 300 mil habitantes serão implantadas ou implementadas a Vigilância Ampliada de Influenza, que é composta por três componentes: a Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), a Vigilância de Síndrome Gripal (SG) e a notificação agregada de internações por CID 10: J09 a J18. Nos municípios com população menor que 300 mil habitantes de região metropolitana das capitais de outras regiões do país, serão implantadas ou implementadas a vigilância de Síndrome Gripal (SG) e a notificação de internações por CID J09 a J18.

Para obter a portaria, os protocolos e materiais oficiais do Ministério da Saúde para vigilância da influenza, acesse o Portal Saúde no link:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1650](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1650).

## Elaboração e organização

Jarbas Barbosa da Silva Junior  
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques  
Mariana Pastorello Verotti  
José Ricardo Pio Marins  
Marcia Lopes de Carvalho  
Fabiano Marques Rosa  
Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida  
Ana Cláudia Medeiros de Souza  
Líbia Roberta de Oliveira Souza  
Daiana Araujo da Silva  
Felipe Teixeira de Mello Freitas  
Thayssa Neiva da Fonseca  
Leandro Queiroz Santi  
Maria Gorete Badaró Moreira Pianissolla  
Marli Rocha de Abreu Costa  
Carla Magda S. Domingues  
Nair Florentina Menezes  
Sirlene de Fátima Pereira  
Laura Dina Bedin Bertollo S. Arruda  
Sandra Maria Deotti Carvalho  
Ana Carolina Cunha Marreiros  
Janilce Guedes de Lima  
Regina Célia Mendes dos Santos Silva

## MINISTERIO DA SAUDE

Secretaria de Vigilância em Saúde  
Diretoria Técnica de Gestão  
Produção: Núcleo de Comunicação

### Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,  
Edifício Sede, 1o andar, Sala 134 - Brasília/DF.  
CEP: 70058-900  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)  
Endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)