



PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFLUENZA 2019

1. INTRODUÇÃO

A influenza representa uma das maiores preocupações das autoridades sanitárias mundiais, tanto por sua elevada transmissibilidade quanto pela capacidade de gerar grandes epidemias. Do ponto de vista epidemiológico, as epidemias e pandemias de influenza estão associadas às modificações na estrutura da sociedade que favorecem a disseminação de uma nova cepa, em contextos ecológicos, sociais e espaciais concretos (MS, 2013).

A circulação dos vírus respiratórios, entre eles o vírus Influenza, é fortemente influenciada pelo clima. Nas regiões tropicais, ocorrem casos e alguns surtos isolados, sem causar impacto ao sistema de saúde. Em áreas de clima temperado, a chegada do inverno acelera a transmissão, produzindo picos epidêmicos que duraram semanas. Na América do Sul, essa situação ocorre no Chile, na Argentina, no Uruguai e no Brasil. No nosso país os casos predominam na região Sul e parte do Sudeste, onde o número de pessoas que procuraram serviços de saúde por síndrome gripal lota as salas de emergência e as unidades de cuidados intensivos.

A partir da experiência adquirida na pandemia de Influenza de 2009, as atividades da vigilância epidemiológica foram sistematizadas para conhecimento do comportamento da influenza e fortalecimento da capacidade de resposta da assistência, desenvolvendo medidas de intervenção oportunas e eficazes.

Este Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Influenza 2018 compreende dois módulos: o que aborda as questões de vigilância epidemiológica de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e o de detecção e investigação de surtos de Síndrome Gripal (SG) em ambientes restritos e tem como objetivo



padronizar condutas de notificação e investigação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e de surtos de Síndrome Gripal (SG).

São objetivos da Vigilância Epidemiológica de Influenza:

- ✓ Monitorar as cepas de vírus que circulam e oferecer resposta rápida a circulação de novos subtipos;
- ✓ Acompanhar a tendência da morbimortalidade para traçar estratégias de redução da carga da doença para a sociedade;
- ✓ Buscar estratégias para reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos;
- ✓ Monitorar o padrão de gravidade da doença, detectando eventuais mudanças na virulência do vírus influenza.

2. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

2.1 DEFINIÇÕES

2.1.1 Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Pessoa, de qualquer idade, **internada** com **Síndrome Gripal**¹ E que apresente Dispneia **OU** Saturação de O₂ <95% em ar ambiente **OU** sinais de desconforto respiratório:

- Aumento da frequência respiratória (de acordo com a idade) ou piora nas condições clínicas de base;
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente;
- Em crianças além dos itens acima, observar também os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

OU

Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal

¹ Síndrome Gripal

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias



O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas tais como:

- ✓ Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;
- ✓ Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

Alerta: Deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem fatores de risco para a complicação por influenza (Fluxograma de Classificação de Risco para Manejo Clínico de pacientes com suspeita de Influenza).

Toda pessoa, de qualquer idade, que apresente quadro clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave, com evolução para **óbito, independentemente da internação hospitalar**, deverá ser notificada no Sivep-gripe.

2.1.2 Caso confirmado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por influenza

- Pessoa com SRAG E
 - ✓ diagnóstico laboratorial (RT-PCR) detectável para o vírus influenza ou IF positiva para o vírus influenza - critério laboratorial;
 - ✓ que não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e seja contato (até sete dias antes do início dos sintomas) com um caso laboratorialmente confirmado - critério clínico-Epidemiológico. Neste caso, digitar no campo “Anotações: Observações Adicionais” o nome e o número da notificação do caso confirmado laboratorialmente.



2.1.3 Caso confirmado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por outros vírus respiratórios

- Pessoa com SRAG E

- ✓ diagnóstico laboratorial (IFI ou MIPAS) confirmado para algum vírus respiratório – critério laboratorial;
- ✓ que não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e seja contato com um caso laboratorialmente confirmado para vírus respiratórios - critério clínico-epidemiológico. Neste caso, digitar no campo “Anotações: Observações Adicionais” o nome e o número da notificação do caso confirmado laboratorialmente.

2.1.4 Caso confirmado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por outros agentes etiológicos

- Pessoas com SRAG E

- ✓ agente etiológico identificado em outros métodos laboratoriais diferentes de IFI , MIPAS ou RT-PCR para influenza- critério laboratorial.

2.1.5 Caso confirmado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) não especificada

- Pessoa com SRAG E

- ✓ com resultados negativos para as técnicas laboratoriais de identificação de vírus respiratórios (RT-PCR e IFI, MIPAS) – critério



laboratorial:

- ✓ com resultados negativos para qualquer técnica laboratorial de pesquisa de outros agentes – critério laboratorial;
- ✓ casos em que não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial - critério clínico.

2.2 NOTIFICAÇÃO DE SRAG

2.2.1 Notificação Compulsória

Toda a SRAG hospitalizada ou óbito por SRAG, deve ser notificada no Sivep-gripe e deve ter coleta de amostra clínica de secreções respiratórias (aspirado ou swab).

Ficha de Registro Individual (FRI)

Todo caso de SRAG hospitalizado deve ter a FRI preenchida em sua completude. As informações complementares consideradas relevantes durante a investigação epidemiológica deverão ser registradas, de modo conciso, no campo “Anotações: Observações Adicionais”.

A FRI de SRAG está disponível na página do Cevs, gripe – Vigilância Epidemiológica - Ficha de notificação de SRAG

IMPORTANTE: Secretaria Estadual de Saúde (SES) alerta: **a indicação de antiviral** não depende da notificação nem de resultados laboratoriais. O Protocolo de Tratamento de Influenza atualizado em 2017 está disponível na página do cevs.rs.gov.br



2.2.2 Notificação Imediata (em 24 horas por telefone)

2.2.2.1 Suspeita de Influenza A (H7N9)

A notificação desta suspeita deve ser realizada o mais rapidamente possível, por via telefônica e envio via fax da Ficha de Investigação de Influenza por novo subtipo (pandêmico), ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), fone e fax: (51) 3901-1168 e 3901167.

É suspeito de SRAG por Influenza A (H7N9):

Todo paciente portador de síndrome gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que tenha apresentado os primeiros sintomas até 14 dias depois de ter estado na China ou em outro país onde haja confirmação laboratorial da transmissão do mencionado vírus Influenza A(H7N9),

ou

Todo paciente portador de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) que teve contato recente (14 dias ou menos antes do início dos sintomas) com paciente suspeito ou confirmado por Influenza A(H7N9).

Ficha de Investigação: A ficha de investigação para Influenza por novo subtipo (pandêmico) está disponível no SINAN NET. Apesar de não ser adequada para este contexto epidemiológico, pois a infecção por H7N9 não configura, no momento, pandemia, será utilizada provisoriamente devido à urgência da situação.

Pessoas em risco potencial de infecção por influenza A(H7N9): que tenham viajado para China, Taiwan, Hong Kong e Malásia; pessoas com contatos próximos com viajantes com doença respiratória procedente destes países; contatos próximos de suspeitos ou confirmados de influenza A(H7N9) e profissionais de saúde que entram em contato com suspeito de influenza A(H7N9) sem o uso de EPI(s)



2.2.2.2 Suspeita de novo Coronavírus (MERS-CoV)

Devem ser notificados por telefone ao CVES, todo caso de **SRAG com relato de viagem a país com transmissão de MERS-CoV** ou contato com caso suspeito ou confirmado nos últimos 14 dias”. A Península Arábica tem sido a região com transmissão autóctone, mas vários países tem apresentado casos importados com desenvolvimento de surtos disseminados principalmente em instituições de saúde.

Pessoas em risco potencial de infecção: que tenham viajado para Península Arábica; contato próximo com viajantes com doença respiratória procedente deste local; contato próximo com casos suspeito ou confirmado de MERS-Cov e profissionais de saúde que entram em contato com suspeito de MERS-CoV sem o uso de EPI(s).

Não há uma ficha específica para investigação epidemiológica. Estes casos serão investigados pela equipe de vigilância municipal e estadual em instrumento específico fornecido pela vigilância estadual.

2.3 INVESTIGAÇÃO DE SRAG

Durante o processo de investigação epidemiológica deve-se considerar de extrema relevância a captação de dados referentes aos fatores que interferem no prognóstico, com objetivo de assegurar o manejo clínico adequado e traçar o perfil de morbimortalidade da doença.

2.3.1 Grupos e Fatores de Risco para complicações por Influenza

- ✓ Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- ✓ Adultos ≥ 60 anos;



- ✓ Crianças < 2 anos;
- ✓ População indígena aldeada;
- ✓ Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico.

E indivíduos que apresentem:

- ✓ Pneumopatias (incluindo asma);
- ✓ Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);
- ✓ Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
- ✓ Nefropatias;
- ✓ Hepatopatias;
- ✓ Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- ✓ Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);
- ✓ Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, Acidente Vascular Cerebral- AVC ou doenças neuromusculares);
- ✓ Imunossupressão associada a: medicamentos, neoplasias, HIV/Aids ou outros;
- ✓ Obesidade (Índice de Massa Corporal - IMC ≥ 40 em adultos);
- ✓ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye).

2.3.2 Complicações

A evolução da gripe (influenza) é de resolução espontânea, geralmente, em sete dias, embora a tosse, o mal estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações.



São Sinais de Agravamento:

- ✓ Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia- SPO₂< 95%
- ✓ Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana);
- ✓ Exacerbação de doença pré-existente (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica);
- ✓ Disfunções orgânicas graves (exemplo: insuficiência renal aguda);
- ✓ Miosite comprovada por Creatinoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes);
- ✓ Alteração do sensório;
- ✓ Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;
- ✓ Desidratação.

2.4 COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS DE SRAG

2.4.1 Fluxo para diagnóstico Laboratorial

Todas as amostras coletadas devem ser encaminhadas ao Lacen. Na bancada iniciarão os testes laboratoriais a partir do RT-PCR para Influenza A(H1N1), Influenza A(H3N2) e Influenza B. Para todas as amostras negativas, será realizada a técnica da IFI para pesquisa de outros vírus respiratórios.

- ✓ A coleta de secreção de nasofaringe deverá ser realizada, preferencialmente, até 3º dia após o início dos sintomas, **no máximo até o 7º dia.**
- ✓ A coleta deverá ser feita preferencialmente, antes do início do tratamento,



no entanto a coleta deve ser realizada mesmo que o tratamento tenha sido iniciado ou terminado;

- ✓ A amostra deverá ser mantida em temperatura adequada de refrigeração (4-8°C) e encaminhada ao LACEN-RS, se possível no mesmo dia da coleta ou no **máximo até 72 horas após a coleta**.
- ✓ Para os casos graves no qual o paciente encontra-se entubado, pode-se proceder à coleta de aspirado da secreção traqueal.

Atenção: As informações de técnica de coleta, acondicionamento e transporte de amostras constam no Protocolo de Diagnóstico Laboratorial do Lacen, disponível na página da SES e da Fepps

3. DETECÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE SÍNDROME GRIPAL

3.1 DEFINIÇÕES

3.1.1 Surto de Síndrome Gripal – SG

A identificação inicial de um surto geralmente é feita por profissionais de saúde, ao observarem um aumento da demanda, em unidades de atenção básica ou hospitalar mediante o aumento de atendimento de casos.

O próprio grupo afetado pode perceber o aumento do número de casos de SG e demandar alguma intervenção das autoridades de saúde. A imprensa também tem um papel importante para alertar os técnicos e gestores do sistema de saúde quanto à ocorrência de um possível surto, ao amplificar rumores de doenças na comunidade.

Cabe à Vigilância analisar a situação para confirmar ou descartar a



existência do surto e adotar as medidas de controle cabíveis. Surtos de influenza podem ocorrer em comunidades com distintas características, o que implica em distintas abordagens e estratégias de controle.

Para a Vigilância a definição de surto de SG¹ é:

Ocorrência de pelo menos 2 (dois) casos suspeitos ou confirmados em ambientes de longa permanência, com vínculo epidemiológico

¹ Síndrome Gripal

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias

Ambientes de longa permanência:

Asilos e clínicas de repouso, creches, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros.

Em ambiente hospitalar, considerar a ocorrência de pelo menos três casos de SG ocorridos no mesmo setor vinculados epidemiologicamente e que ocorreram, no mínimo, 72 horas após a data de admissão.

- ✓ A coleta de secreção de nasofaringe está indicada para investigação de SURTOS por **síndrome gripal** em comunidades de longa permanência. Recomenda-se que seja realizada no máximo 3 coletas de amostras clínicas.

3.1.2 Critério de confirmação para surto de SG por influenza

Resultado positivo para influenza **em pelo menos uma** das três amostras coletadas para investigação de vírus influenza em casos de SG. Nesta situação, todos os demais casos suspeitos relacionados ao surto (ou seja, integrantes da



mesma cadeia de transmissão) deverão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

3.1.3 Critério de descarte de surto de SG por influenza

Resultado negativo para vírus influenza nas amostras coletadas, conservadas e transportadas de modo adequado ao laboratório de referência. Nesta situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

3.2 NOTIFICAÇÃO DE SURTO

3.2.1 Notificação Compulsória

Surto de Síndrome Gripal deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto no **SinanNET**, assinalando no campo “Código do Agravado/Doença” o CID J06.

Observações:

- ✓ Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave (SRAG) e forem hospitalizados, de acordo com a definição de caso de SRAG hospitalizado, deverão ser notificados individualmente no **Sivep-gripe**;
- ✓ Para efeito operacional, diante da ocorrência de Surtos de Síndrome Gripal serão considerados na cadeia de transmissão apenas os casos identificados no momento da investigação, não sendo necessária a inclusão dos demais casos identificados posteriormente, mesmo que tenham vínculo epidemiológico.



3.3 INVESTIGAÇÃO DO SURTO

3.3.1 Caracterização do surto

Para caracterizar e descrever o evento, o investigador deverá verificar se o surto corresponde à definição acima e coletar os seguintes dados:

- ✓ Identificação dos casos, dados demográficos;
- ✓ Antecedentes de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, etc.);
- ✓ Sintomas e sinais clínicos dos casos suspeitos;
- ✓ História vacinal;
- ✓ Presença de fatores de risco/comorbidade para o desenvolvimento de complicações da doença.

3.4 COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS DO SURTO

3.4.1 Coleta de amostras clínicas em situação de surto

Em surtos de SG, devem ser coletadas amostras clínicas de, no máximo, três casos de SG que estiverem até o 7º dia de início dos sintomas (preferencialmente até o 3º dia). Sugere-se que esta coleta seja tomada de casos situados em distintos pontos da mesma cadeia de transmissão.

Os procedimentos de coleta e o fluxo de bancada realizado no LACEN-RS são os mesmos da SRAG, descritos no item 2.4.

3.5 CONTROLE DE SURTOS EM COMUNIDADES FECHADAS/RESTRITAS

Quando a investigação epidemiológica realizada pela Vigilância em Saúde local, identificar a ocorrência de surto de SG em comunidades de longa permanência, medidas de prevenção, diferentes das intervenções farmacológicas



(Vacinação e Antiviral), devem ser adotadas.

Medidas gerais de prevenção que visam reduzir o risco de transmissão na população são: Higienizar as mãos com frequência; utilizar lenço descartável para higiene nasal; cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir; higienizar as mãos após tossir ou espirrar; evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca; não partilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal; evitar aperto de mãos, abraços e beijo social; reduzir contatos sociais desnecessários e evitar, dentro do possível, ambientes com aglomeração; evitar visitas a hospitais; ventilar os ambientes.

Uma medida de prevenção que pode ser instituída é a suspensão temporária de atividades no local do surto. Para a tomada desta decisão deve-se considerar:

- ✓ Garantia do sigilo da identidade dos casos confirmados e evitar condutas discriminatórias;
- ✓ Características do surto (número de pessoas afetadas, características dos ambientes, existência de pessoas com fatores de risco, taxas de ataque);
- ✓ A análise das características da doença (apresentação clínica, transmissibilidade a partir da data de início dos sintomas: adultos até o 7º dia e crianças até o 14º dia) para definir o tempo de duração da suspensão temporária das atividades.
- ✓ Considerar o uso da **quimioprofilaxia** conforme indicação do Protocolo de Tratamento de 2015, disponível na página da SES: ses.rs.gov.br

Isolamento de coorte: separar sintomáticos dos não sintomáticos



4. TELEFONES E LINKS ÚTEIS

4.1 As notificações devem ser realizadas à Vigilância Epidemiológica municipal.

4.1 Informações à população e aos profissionais de saúde por 24 horas:
DISQUE-VIGILÂNCIA - 150

4.2 Notificação de emergências ao CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde/RS: notifica@saude.rs.gov.br

4.3 Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS/SES-RS- Divisão de Vigilância Epidemiológica: Fones: (51) 3901-1168 e (51) 3901-1167

4.4 Secretaria Estadual de Saúde: www.saude.rs.gov.br - banner “CEVS” - Gripe

4.5 Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde:

www.saude.gov.br/svs

4.6 Anvisa: www.anvisa.gov.br



DISQUE-VIGIÂNCIA
SECRETARIA DA SAÚDE/RS
150
disquevigilancia@saude.rs.gov.br

CEVS
centro estadual de
vigilância em saúde
RS

Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Influenza