

Dados atualizados em 26/04/2017

No Brasil, desde 2000, existe o **Sistema Nacional de Vigilância da Influenza**. Esse sistema é formado pela **Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG)**, pela **Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave de pacientes internados em UTI (SRAG em UTI)** e pela **Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG Universal)**. O principal objetivo da Vigilância Sentinela de influenza é a identificação dos vírus influenza circulantes e de outros vírus respiratórios. Existe uma extensiva rede internacional de laboratórios em todas as regiões do mundo sob a coordenação e administração da Organização Mundial da Saúde (OMS), formando a Rede Mundial de Vigilância da Influenza da OMS. O principal objetivo dessa rede é fornecer anualmente informações necessárias para a escolha das amostras que serão recomendadas para a composição anual das vacinas contra influenza nos hemisférios norte e sul. As atividades da Rede Mundial de Vigilância também compreendem uma vigilância oportuna que possibilite uma rápida identificação de amostras de vírus influenza emergente com potencial de causar epidemias ou pandemias. No Brasil, foram definidos em cada Unidade Federada sítios sentinelas de atuação da vigilância epidemiológica da influenza, para identificação e notificação de SG e SRAG. O GHC faz parte dessa rede de sentinelas com a UPA – Zona Norte, o HNSC e o HCC.

### Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal

A Vigilância Sentinela de SG realiza o monitoramento de dois indicadores: (1) a proporção de casos de SG entre todos os atendimentos na unidade e (2) identificação dos vírus circulantes através da coleta de amostras de nasofaringe de casos atendidos por SG. A Vigilância Sentinela SG iniciou no GHC em 2011, sendo realizada inicialmente na Emergência do HNSC (período 1: SE 26/2011 a SE 24/2013); posteriormente a UPA-ZN foi agregada como unidade sentinela para monitorar casos em crianças (período 2: SE 25/2013 a 52/2014). A partir de janeiro de 2015 esta vigilância foi concentrada na UPA-ZN devido ao maior número de atendimentos por SG ocorrerem nesta unidade. A **proporção de casos de SG** entre o total de atendimentos nas duas unidades desde a semana epidemiológica (SE) 26/2011 até a SE 16/2017 encontra-se descrita na figura 1.

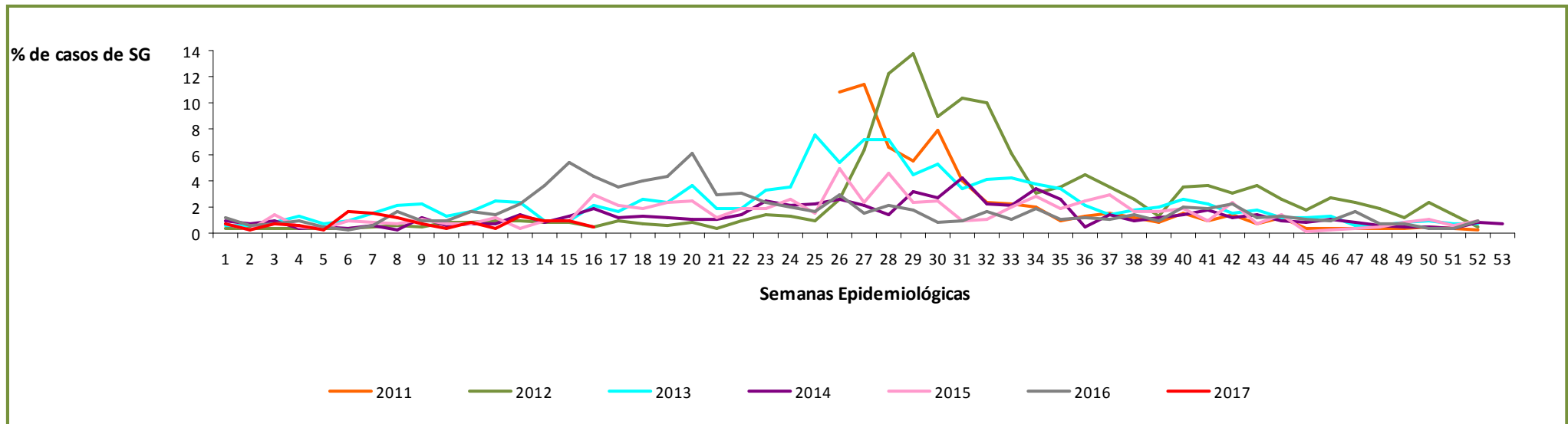


Figura 1. Proporção de casos de Síndrome Gripal entre o total de atendimentos da Emergência HNSC (SE 26/2011 a SE 24/2013), Emergência HNSC e UPA Zona Norte (SE 25/2013 a 53/2014), UPA Zona Norte (SE 01/2015 a 16/2017) por SE de início dos sintomas. Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

A **Vigilância Sentinela SG** preconiza a coleta de 5 amostras semanais por unidade sentinela. A figura 2 mostra o indicador da unidade sentinela UPA-ZN em relação à vigilância sentinela de SG. A meta deste indicador é coletar pelo menos 80% (4/5) de amostras de secreção de nasofaringe por semana por unidade sentinela. Em 2017, até a SE 16, a média do indicador foi de 75%. Destaca-se que nas últimas 4 semanas, esse indicador atingiu apenas 55%, mesmo com aumento do número de casos de SG atendidos pela UPA-ZN.

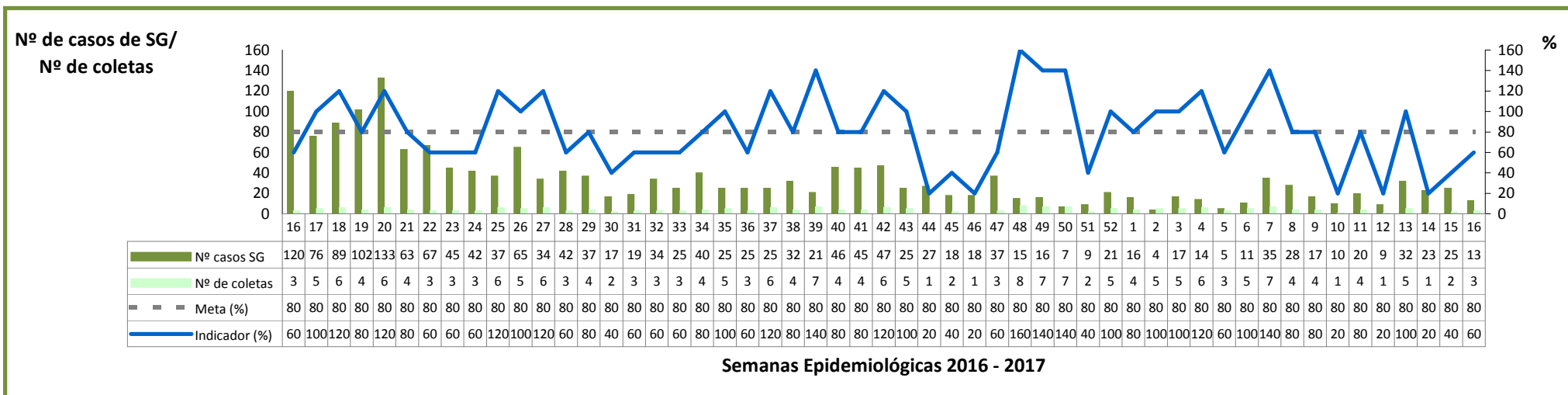


Figura 2. Número e proporção de casos de Síndrome Gripal com coleta de amostra em relação ao preconizado, unidade sentinela UPA Zona Norte, SE 16/2016 a 16/2017. Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

Em 2017, até a SE 16, a unidade sentinela UPA-ZN coletou 60 amostras. Destas, 100% foram processadas, sendo 5 (8,3%) positivas para influenza B, 1 (1,6%) positiva para influenza A(H1N1)pdm09, 1 (1,6%) positiva para influenza A não subtipado e 1 (1,6%) positiva para adenovírus. Os tipos de vírus identificados através da Vigilância Sentinela SG por semana epidemiológica de início dos sintomas das últimas 52 semanas encontram-se identificados na figura 3.

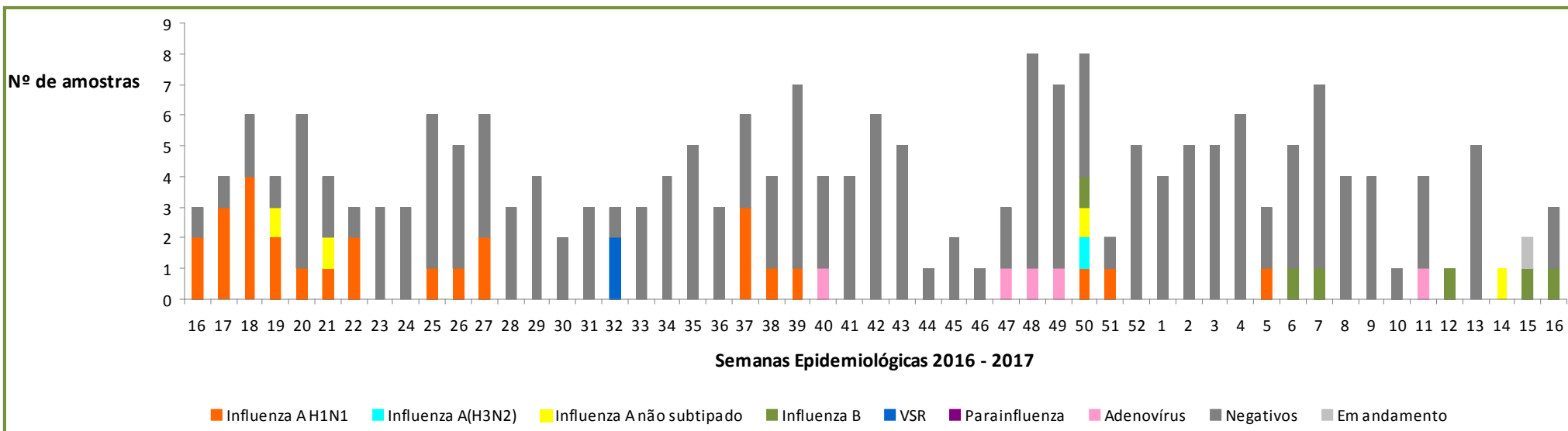


Figura 3. Tipos de vírus identificados através da Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal por semana epidemiológica e ano de início dos sintomas, SE 16/2016 a SE 16/2017. Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

## Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Hospital da Criança Conceição (HCC) são unidades sentinelas da Vigilância de SRAG em UTI. Esta vigilância tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes e monitorar a demanda de atendimento por essa doença nas unidades de terapia intensiva.

Até a SE 16/2017, houve 31 casos de SARG em UTI nas unidades sentinelas HNSC e HCC. Dentre estes, em 30 casos (96,7%) houve coleta de secreção de nasofaringe/aspirado traqueal, e todas as amostras coletadas foram processadas (100%). Destas, 2 (6,7%) foram positivas para adenovírus e 28 (93,3%) foram negativas para pesquisa de vírus respiratórios. Entre os casos negativos para vírus respiratórios foram identificados outros agentes em 5 casos (16,7%): 2 casos de SRAG associada à leptospirose, 1 caso por *Staphylococcus aureus*, 1 caso por *Pseudomonas aeruginosa* e 1 caso por *Staphylococcus hominis*. A figura 4 mostra o perfil dos vírus respiratórios identificados, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas nas UTI's do HNSC e do HCC, no último ano epidemiológico.

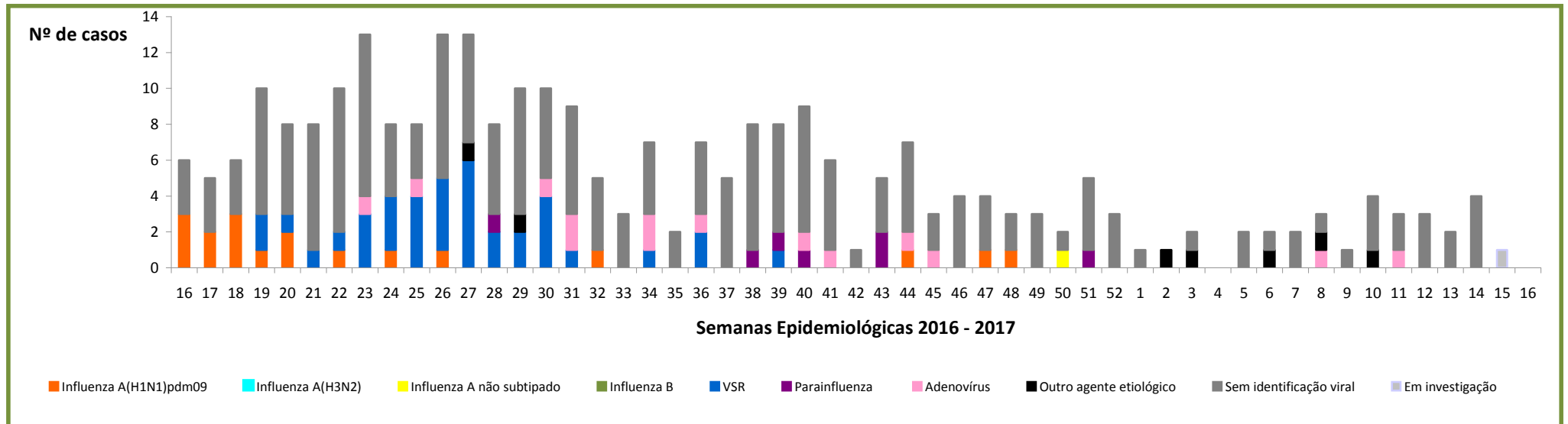


Figura 4. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva (SRAG em UTI), por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. HNSC e HCC, SE 16/2016 a SE 16/2017. Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

Tabela 1 – Casos de SRAG internados em UTI por faixa etária, sexo, município de residência, realização de vacina, uso de oseltamivir e presença de fatores de risco, por unidade hospitalar, SE 01 a 16/2017 (n=31).

Característica	Unidade Hospitalar		HCC (n = 10)		HNSC (n = 21)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária, anos						
0-5	9	90,0	0	0,0	0	0,0
6-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-19	1	10,0	1	10,0	1	4,8
20-59	0	0,0	0	0,0	10	47,6
60 ou mais	0	0,0	0	0,0	10	47,6
Sexo masculino	8	80,0	8	80,0	11	52,4
Residentes em POA	2	20,0	2	20,0	12	57,1
Com vacina influenza	5	50,0	5	50,0	7*	43,8
Com uso de oseltamivir	1	10,0	1	10,0	2**	10,5
Com fatores de risco	7	70,0	7	70,0	20	95,2

\*Em 5 casos, a informação sobre vacina é ignorada (n = 16).

\*\* Em 2 casos, a informação sobre o uso de oseltamivir é ignorada (n = 19).

## Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave

A **Vigilância Universal de SRAG** monitora todos os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

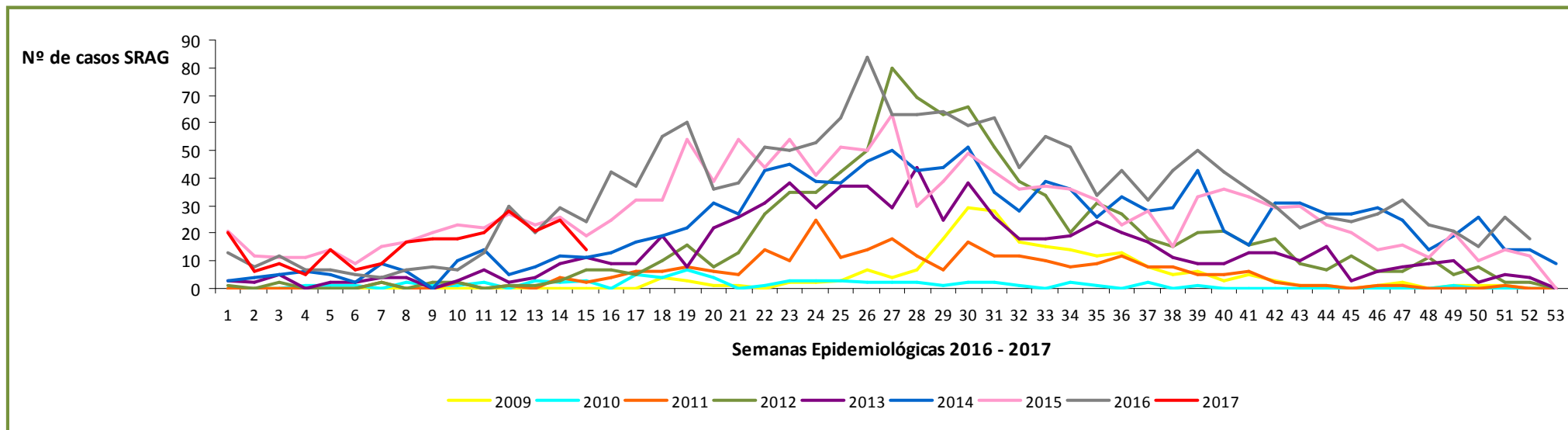
No Brasil, até a SE 16 de 2017, foram notificados 4.570 casos de SRAG e 2.841 (62,2%) destes tiveram amostra processada. Destes 15,5% (440/2.841) foram classificados como SRAG por influenza e 14,9% (424/2.841) como SRAG por outros vírus respiratórios. Até a SE 16 de 2017 foram notificados 488 óbitos por SRAG, correspondendo a 10,7% (488/4.570) dos casos. A distribuição dos casos e óbitos por classificação final e vírus identificados no estado, na região sul e no Brasil está na tabela 2.

**Tabela 2 - Número de casos e de óbitos por SRAG conforme agente etiológico, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Região Sul e Brasil.**

Tipos de vírus identificados	Porto Alegre (1)			Rio Grande do Sul (2)			Região Sul (2)			Brasil (2)		
	Casos	Óbitos	Taxa de letalidade (%)	Casos	Óbitos	Taxa de letalidade (%)	Casos	Óbitos	Taxa de letalidade (%)	Casos	Óbitos	Taxa de letalidade (%)
<b>SRAG por vírus influenza</b>	ND	ND		12	0	0,0	52	5	9,6	440	70	15,9
Influenza A(H1N1)pdm09				1	0	0,0	1	0	0,0	26	7	26,9
Influenza A(H3N2)				8	0	0,0	38	4	0,0	277	33	11,9
Influenza A não subtipado				0	0	0,0	2	0	0,0	48	6	12,5
Influenza B				3	0	0,0	11	1	0,0	89	24	27,0
<b>SRAG por outros vírus respiratórios</b>	ND	ND		29	2	6,9	150	11	7,3	424	35	8,3
<b>SRAG por outro agente etiológico</b>	ND	ND		5	2	0,0	5	2	0,0	20	8	40,0
<b>SRAG não especificado</b>	ND	ND		268	17	6,3	572	80	14,0	2327	313	13,5
<b>Em investigação</b>	ND	ND		12	0	0,0	246	5	2,0	1359	62	4,6
<b>TOTAL</b>	ND	ND		326	21	6,4	1025	103	10,0	4570	488	10,7

Nota: (1) ND = não disponível; sem dados disponíveis até o fechamento deste informe; (2) dados referentes à SE 16/2017 atualizados em 24/04/2017.

No HNSC e HCC esta vigilância começou na SE 19/2009, na ocasião da pandemia de influenza A H1N1 (pdm09). Em 2010, houve poucos casos de SRAG, com aumento do número de casos nos anos seguintes, demonstrando a consolidação desta vigilância. A figura 5 mostra a distribuição dos casos de SRAG por semana epidemiológica e ano do início dos sintomas desde a implantação desta vigilância.



**Figura 5. Número de casos de SRAG por semanas epidemiológicas de início dos sintomas, HNSC e HCC, (SE 18/2009 até SE 16/2017). Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.**

Em 2017, até a SE 16, foram notificados 240 casos de SRAG no HNSC e no HCC. Destes, 5 (2,1%) foram classificadas como SARG por influenza e 29 (12,1%) como SRAG por outro vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza, houve 2 (40%) casos de influenza A não subtipado, 1 (20%) caso de influenza A(H1N1)pdm09, 1 (20%) influenza A(H3N2) e 1 (20%) influenza B. Dentre os casos de SRAG por outros vírus respiratórios, houve 14 (48,3%) de vírus sincicial respiratório, 10 (34,5%) de parainfluenza e 5 (17,2%) de adenovírus. Houve 7 casos (2,9%) classificados como SRAG por outros agentes etiológicos, sendo 2 casos por *Mycobacterium tuberculosis*, 1 por *Staphylococcus aureus*, 1 por *Pseudomonas aeruginosa*, 1 por *Staphylococcus hominis* e 2 casos associados à leptospirose. Em 194 casos (80,8%) não houve identificação do agente etiológico, sendo classificados como SRAG não especificada. Houve 10 (4,2%) óbitos entre os 240 casos notificados até a SE 16 de 2017.

A figura 6 mostra os casos de SRAG do último ano epidemiológico conforme a classificação final e a figura 7 por agente etiológico, ambas por semana epidemiológica do início dos sintomas entre as SE16/2016 e 16/2017. A evolução dos 240 casos de SRAG de 2017 conforme a classificação final está detalhada na tabela 3.

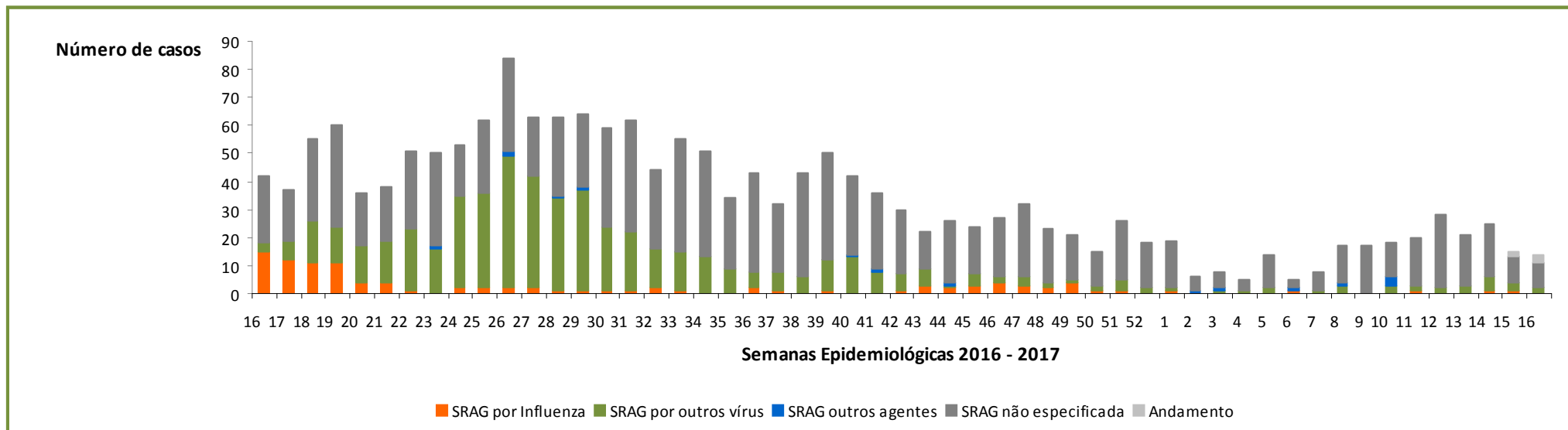


Figura 6. Número de casos de SRAG por semanas epidemiológicas de início dos sintomas, conforme a classificação final. HNSC e HCC, (SE 16/2016 a SE 16/2017). Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

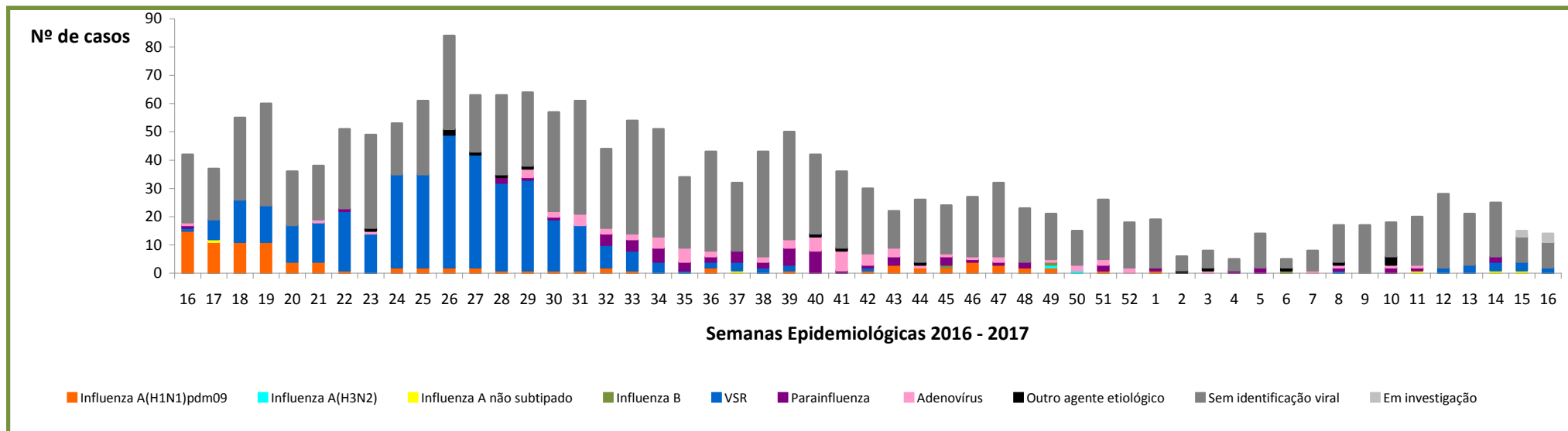


Figura 7. Número de casos de SRAG por semana epidemiológica de início dos sintomas, conforme agente etiológico. HNSC e HCC, (SE 16/2016 a SE 16/2017). Fonte NHE/HNSC-HCC. Dados sujeitos a revisão.

**Tabela 3 - Evolução dos casos de SRAG investigados conforme o agente etiológico e unidade hospitalar, HNHC e HCC, em 2017, até SE 16 (n=240). Fonte NHE/HNHC-HCC. Dados sujeitos a revisão.**

Classificação	HCC			HNHC		
	Casos	Óbitos	Letalidade (%)	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
<b>SRAG por vírus influenza</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Influenza A(H1N1)pdm09	1	0	0,0	0	0	0,0
Influenza A(H3N2)	1	0	0,0	0	0	0,0
Influenza A não subtipado	0	0	0,0	2	0	0,0
Influenza B	0	0	0,0	1	0	0,0
<b>SRAG por outros vírus respiratórios</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>3,8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>33,3</b>
VSR	13	0	0,0	1	0	0,0
Adenovírus	4	1	25,0	1	1	100,0
Parainfluenza 1,2 ou 3	9	0	0,0	1	0	0,0
<b>SRAG por outro agente etiológico</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>28,6</b>
<b>SRAG não especificado</b>	<b>149</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>45</b>	<b>6</b>	<b>13,3</b>
<b>Em investigação</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>14,8</b>

### Conclusão

- A **Vigilância Sentinela de SG** na UPA-ZN começou 2017 atingindo a meta de coletas semanais de amostras de secreção de nasofaringe até a SE 04/2017. A partir de então, as coletas da unidade sentinela ficaram abaixo da meta estabelecida pelo MS em 5 semanas epidemiológicas (SE 5, 10, 12, 14, 15 e 16/2017), conforme mostra a figura 3. A Unidade Sentinela exerce papel fundamental para a detecção precoce dos vírus circulantes na comunidade e no auxílio à gestão mediante estimativas indiretas de necessidade de leitos de UTI considerando a virulência destes agentes.

- Até a SE 16/2017, a **Vigilância Sentinela SG** apresentou positividade de 13,3% (8/60) para vírus respiratórios, sendo predominante o **influenza B**, com 5 (8,3%) amostras positivas. Além disso houve 1 (1,6%) amostra positiva para influenza A(H1N1)pdm09, 1 (1,6%) para influenza A não subtipado e 1 (1,6%) para adenovírus.

- A **Vigilância Sentinela SRAG UTI** apresentou positividade de 6,7% (2/30) para vírus respiratórios, sendo identificados 2 casos de adenovírus, 1 na UTI do HCC e 1 na UTI do HNHC. Não houve identificação de vírus influenza nesta vigilância.

- A **Vigilância Universal de SRAG** apresentou positividade de 2,1% (5/240) para vírus influenza, predominando o influenza A H3 não subtipado, com 3 casos. Foram identificados também 1 caso de Influenza A(H1N1)pdm09 e 1 caso de Influenza B.

- Houve 10 óbitos por SRAG até a SE 16/2017, com uma letalidade geral por SRAG de 4,17% nos 2 hospitais. Entretanto, analisando os hospitais separadamente, observa-se que a letalidade no HNHC é muito maior do que no HCC (14,8% contra 0,6%). Dentre os óbitos, 2 foram por adenovírus, sendo 1 no HCC e 1 no HNHC. Além disso, houve 2 óbitos por SRAG por outro agente etiológico (1 por *S. aureus* e 1 por *P. aeruginosa*, ambos no HNHC); e 6 óbitos por SRAG não especificado (quando não há identificação de agente etiológico) – todos no HNHC. No Brasil, taxa de letalidade geral por SRAG foi de 10,7%.

### Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informa Epidemiológico Influenza: Monitoramento até Semana Epidemiológica 16 de 2017. Disponível em <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/Informe-Epidemiologico-Influenza-2017-SE-16.pdf> Acesso em 02/05/2017.