

a mesma atividade viral identificada no país. Todas as unidades federadas estão abastecidas com o medicamento Fosfato de Oseltamivir.

Informações sobre o vírus influenza A (H7N9) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio – Coronavírus (MERS-CoV) estão disponíveis na página eletrônica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), estando na agenda da SVS a formação de um grupo de trabalho para a construção do Plano de Contingência do MERS-CoV.

A SVS/MS elaborou três tipos de planos de contingência, contemplando a situação pandêmica, sazonal e geral. Em 2015/2016, foram atualizados o Guia de Vigilância em Saúde, o protocolo para tratamento, além do Guia de Vigilância Laboratorial. Em 2017, será realizada capacitação de influenza para profissionais da vigilância no formato de ensino à distância.

A Campanha 2017 de Vacinação contra Influenza terá como público-alvo: crianças de seis meses até 4 anos e 11 meses de idade, gestantes e puérperas, trabalhadores da saúde, indígenas, idosos, portadores de comorbidades, privados de liberdade, funcionários do sistema prisional, com o acréscimo dos professores.

Caracterização antigênica e genômica, sazonalidade 2015-2016

Dra. Terezinha Maria Paiva – Pesquisadora científica do Laboratório de Vírus Respiratórios, Núcleo de Doenças Respiratórias do Centro de Virologia do Instituto Adolfo Lutz/CCD/SES-SP

Foram descritos os fluxos entre unidades de saúde, vigilância e laboratório para

encaminhamento, processamento, liberação e registros de resultados das amostras coletadas. Depois, apresentou-se o algoritmo de diagnóstico laboratorial para a influenza e outros vírus respiratórios. Toda amostra inconclusiva é enviada ao *Centers of Disease Control (CDC)/EUA*. A caracterização antigênica e genômica é realizada pelo IAL (RT-PCR para influenza A e B e subtipagem). A imunohemaglutinação é feita para a caracterização viral.

A investigação laboratorial da caracterização antigênica dos vírus isolados na temporada de influenza 2015/ESP identificou as cepas Influenza A/California/07/2009-LIKE(H1N1)pdm09, A/Switzerland/9715293/2013-LIKE-(H3N2) e B/Phuket/3073/2013-LIKE(Y), que foi a linhagem predominante. Essa caracterização, confirmada pelo CDC, estava contemplada na composição da vacina do Hemisfério Sul em 2015.

A análise filogenética do vírus Influenza A(H1N1)pdm09 mostrou a evolução do vírus, que determinou a utilização da linhagem A/Michigan/45/2015(H1N1)pdm09 na composição da vacina de 2017, que também contém os vírus A/HongKong/4801/2014(H3N2) e B/Brisbane/60/2008.

Manejo clínico e tratamento

Dra. Nancy Junqueira Bellei, médica infectologista e professora afiliada da Unifesp/SP

Comentou-se sobre os desafios no manejo dos casos de influenza associados aos riscos para o óbito, o reconhecimento da sazonalidade e a descrição de casos atendidos. Regularmente ocorre a antecipação do início da sazonalidade da influenza,

como visto em 2016 e também neste ano, em que 30% das amostras de SG coletadas resultaram positivas, com a circulação do vírus influenza A(H3N2). Destacou-se a importância da identificação precoce dos casos e a oportunidade de tratamento para evitar complicações, enfatizando-se os grupos de risco.

Reforçou-se a utilização da definição de SG na triagem, com ênfase nos pacientes de risco, e a necessidade de uma avaliação cuidadosa da doença em progressão, com evolução, a cada 4 horas, dos pacientes em observação, mesmo na vigência do Oseltamivir. O monitoramento clínico nas primeiras 72 horas permite a detecção precoce de SRAG. O monitoramento da oximetria é importante na avaliação do agravamento, assim como a valorização da dispneia.

Novas drogas e suas respostas terapêuticas estão sendo testadas, no sentido de diminuir a morbimortalidade. Considerar também a circulação dos vírus sincicial, parainfluenza e adenovírus que não respondem ao Oseltamivir. Atentar para os casos com comorbidades, não vacinados, maiores de 60 anos e gestantes. Lembrar que o vírus influenza A(H3N2) possui maior carga viral que o A(H1N1)pdm09, devendo o tratamento ser instituído rapidamente.

Estudos na Nova Zelândia e na África indicaram que o principal grupo de risco são os cardiopatas, com o aumento de complicações e do número de internações. A avaliação das crianças é difícil. Os idosos podem apresentar a doença, mas sem febre (50% com temperatura > 38°C), sendo que este grupo responde menos, ainda que vacinados.

A utilização do Oseltamivir em 72 horas é ideal, mas o medicamento deve ser prescrito mesmo após esse período nas formas graves da doença e em pacientes de UTI. Lembrar que a associação de corticoides piora o quadro de influenza. O tratamento prolongado deve ser realizado nos pacientes imunodeprimidos. A febre não é um bom sinal de monitoramento da resposta ao tratamento, deve-se usar a oximetria. Um sinal de agravamento é a presença persistente da febre após 72 horas em pacientes com SG.

Campanha de vacinação de influenza 2017

Dra. Helena Sato, Diretora da Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

A 19ª Campanha de Vacinação para a Influenza foi programada para o período de 17 de abril a 26 de maio de 2017, sendo 13 de maio o dia “D” de mobilização. A primeira campanha ocorreu em 1999 e, em 2017, ocorrerá em etapas, de acordo com a grade de distribuição nacional de vacinas. Foram apresentados a composição da vacina e o esquema vacinal por faixa etária.

A vacina é produzida a partir de vírus inativados, sendo contraindicada apenas para indivíduos com intolerância grave a ovo, ou que apresentaram intolerância a doses anteriores. A proteção ocorre 15 dias após a vacinação, sendo de 70 a 90% em indivíduos jovens e relativamente mais baixa nos idosos. A importância de vacinar este grupo reside na diminuição das complicações e internações hospitalares. A duração da proteção conferida pela vacina é de 6-7 meses, podendo chegar a 12 meses. As coberturas vacinais totais nos últimos quatro anos estiveram acima de 80%.