

Influenza A(H1N1) no Estado de São Paulo, emergência em saúde pública de importância internacional, resposta articulada, com ênfase na redução de morbimortalidade associada à pandemia

Influenza A(H1N1) in the State of São Paulo, public health emergency of international concern articulated response, with emphasis on reducing morbidity and mortality associated with pandemic

Ana Freitas Ribeiro¹; Alessandra Cristina Guedes Pellini¹; Ana Lúcia Frugis Yu¹; Beatriz Yuko Kitagawa¹; Bernadete de Lourdes Liphhaus¹; Cecília Santos Silva Abdalla^{III}; Claudio Tavares Sacchi^{II}; Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda^{III}; Daniel Marques¹; Denise Brandão de Assis¹; Dulce Maria de Almeida Gomes Junqueira¹; Eduardo Moreno¹; Geraldine Madalosso¹; Gerrita de Cássia Nogueira Figueira¹; Gisele Dias Freitas¹; Helena Aparecida Barbosa¹; Helena Keico Sato¹; João Fred¹; Márcio Vieira Borges¹; Maria do Carmo Sampaio Tavares Timenetsky^{III}; Maria Gomes Valente¹; Maria Inês Gonçalves¹; Maria Teresa Jahnel¹; Marta Lopes Salomão^{II}; Núbia Virginia D'Avila Limeira Araújo¹; Paula Opromolla¹; Pedro Vieira¹; Silvia Alice Ferreira¹; Sylia Rehder^{III}; Terezinha Maria de Paiva^{II}; Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas¹; Vera Lucia Malheiro¹

¹Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". ^{II}Instituto Adolfo Lutz. ^{III}Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

Em 12 de abril de 2009, foi identificado no México surto de doença respiratória aguda, em Veracruz. Os casos se caracterizaram por alta taxa de ataque (28,5%). Em março e abril daquele ano, 47 casos de pneumonia severa, com 12 óbitos, foram registrados na cidade do México, São Luis de Potosi e outras cidades mexicanas. Em quarto amostras foram identificados o novo subtipo viral de influenza A(H1N1).

Em abril de 2009, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta, EUA, registrou dois casos de doença respiratória febril em crianças no sul da Califórnia, com diagnóstico laboratorial de infecção pelo vírus geneticamente semelhante à influenza suína A(H1N1). O vírus contém um segmento de gene não identificado anteriormente em influenza humana e suína.

Em 24 de abril, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou os países membros da rede de alerta e resposta global. No dia seguinte, a OMS declarou o evento como uma emergência de saúde pública de importância internacional, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Em 27 de abril, a OMS, considerando o surto de influenza A(H1N1) nos Estados Unidos, México e Canadá, anunciou a mudança da fase 3 para 4, aumentando o risco de pandemia. No dia 29 de abril, o órgão, a partir da rápida propagação da cepa do vírus da influenza A(H1N1), elevou o nível de alerta para fase 5. Em 11 de junho de 2009, a OMS elevou o nível de alerta mundial da pandemia para a fase 6.

Até o momento, a transmissão mundial do vírus influenza A(H1N1) – linhagem suína é similar à doença sazonal. A grande

maioria dos casos evoluiu para cura. Porém, espera-se que o número de casos, de hospitalizações e de óbitos aumente até o fim da epidemia.

No mundo, até 23 de maio de 2010, foram confirmados laboratorialmente casos de influenza A(H1N1) em mais 214 países e territórios, com mais de 18.114 óbitos. A Organização Mundial da Saúde monitora a progressão da pandemia a partir de diversas fontes de informação, em conjunto com os seus escritórios regionais.

No Brasil, da semana 29 a 52 (fase de mitigação) foram notificados 87.171 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG); desses, 44.544 foram confirmados para influenza A(H1N1), 68,8% na região Sul, 26,4 % na Sudeste e 4,9% nas demais regiões. O número de óbitos confirmados foi de 2.051, com taxa de 1,1 por 100.000 habitantes. A região Sul apresentou a maior taxa de mortalidade (3,0/100.000 hab.), seguida da Sudeste (1,2) e Centro-Oeste (1,0).

OBJETIVO

Descrever a resposta integrada à emergência em saúde pública de importância internacional, influenza A(H1N1), do Centro de Vigilância Epidemiológico “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) –, articulado com as demais instituições da saúde paulista. Analisar o perfil epidemiológico da pandemia de influenza A(H1N1) no Estado de São Paulo, 2009, segundo variáveis de tempo, lugar e pessoa.

METODOLOGIA

O planejamento das ações incluiu as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório e assistência. A vigilância implementou fluxo de notificação, de investigação de casos e óbitos, digitação e consolidação dos dados. A investigação de casos foi realizada por meio da Ficha de Investigação de Influenza Humana por Novo Subtipo Pandêmico. Na fase de contenção, o algoritmo incluiu também casos em monitoramento, bem como a investigação de contatos de viajantes, por meio do recebimento da declaração de bagagem acompanhada (Anvisa).

A vigilância de óbitos foi organizada a partir da notificação imediata de óbitos suspeitos de influenza à Central/Cievs do CVE. A divulgação dos óbitos confirmados de influenza A(H1N1) foi realizada diariamente pelo CVE às Coordenadorias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). A digitação das fichas epidemiológicas foi realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, aplicativo Sinan-Web Influenza, inicialmente centralizada na Central/Cievs e, posteriormente, descentralizada aos municípios. Para os surtos foi utilizado o boletim de notificação de surtos (SinanNet).

Houve divulgação periódica da situação epidemiológica da influenza A(H1N1) do Estado no *Boletim Epidemiológico Paulista* (Bepa) e informes técnicos também disponíveis no site do CVE (www.cve.saud.esp.gov.br).

Na área assistencial foi organizada rede de hospitais de referência regional, com

padronização do manejo clínico, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Essa rede também contava com a participação de hospitais privados. As medidas de biossegurança para profissionais de saúde foram reforçadas, com adequada coleta de material para diagnóstico laboratorial. O gabinete de crise, instalado junto à CCD/SES-SP estabeleceu sistema de monitoramento eletrônico de internações de SRAG em hospitais sentinelas.

A distribuição do oseltamivir foi descentralizada aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), com grade de distribuição, respeitando dados demográficos e epidemiológicos. O fluxo de distribuição ambulatorial contou com uma rede regionalizada de unidades de saúde, com dispensação, a partir do preenchimento de formulário, para os pacientes com síndrome gripal e fatores de risco. Implantou-se também um sistema informatizado para acompanhamento da dispensação nos GVE e hospitais de referência.

O laboratório (IAL) implantou a metodologia de RT PCR para diagnóstico, com fluxo de encaminhamentos de amostras clínicas e de resultados laboratoriais, por meio eletrônico, com acesso aos laudos pelo Sistema de Informações Laboratoriais do Instituto Adolfo Lutz (SIGH).

Os dados epidemiológicos foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, aplicativo Sinan Web Influenza. A análise dos dados foi realizada utilizando o aplicativo Epi Info, 3.5.1 de 2008 e para o geoprocessamento, o aplicativo mapinfo, versão 10.0.

RESULTADOS

Na fase de contenção, semana epidemiológica SE 16 a 28 (19/04 – 18/07/2009), foram notificados 4.376 casos suspeitos relacionados à viagem, com 1.312 confirmações de influenza A(H1N1) (30%), sendo 76,4% residentes na Grande São Paulo, em especial na capital paulista (60,2%). Na fase de mitigação, SE 29 a 52 (19/07 – 02/01/2010), foram notificados 30.561 casos suspeitos, com 9.668 confirmações (31,5%), sendo 48,1% residentes na Grande São Paulo e 51,8% no interior do Estado.

Durante todo o período, foram notificados 21.181 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), que cumpriam a definição de caso (febre+tosse+dispneia), com 6.362 confirmações. Houve discreto predomínio para o sexo feminino, com 55,4% dos casos de SRAG confirmados. A distribuição dos casos se concentrou nas SE 30 a 37 (01/08 a 18/09), com confirmação de aproximadamente mil casos na semana 31 (de 1 a 7 de agosto), conforme Figura 1. A incidência de SRAG por faixa etária mostra risco maior em crianças menores de 2 anos, com taxa de 44,5/100.000 habitantes, seguida de 20 a 29 anos (20,8), segundo Figura 2. Houve a identificação de 758 casos de influenza A(H1N1). O número de óbitos confirmados foi de 559, com taxa de mortalidade de 1,4/100.000 habitantes. A maior distribuição dos óbitos ocorreu nas semanas 28 a 39, de 11 de julho a 2 de outubro, com redução progressiva nas semanas seguintes, conforme Figura 3. A

taxa de mortalidade específica por faixa etária mostrou predominância em crianças menores de 2 anos, 2,4/100.000 habitantes, seguida de 30 a 39 anos (2,0), conforme Figura 4.

A análise de fatores de risco para óbitos identificou que 56% dos óbitos apresentavam comorbidades associadas, em especial a doenças metabólicas, doenças imunossupressoras, pneumopatias e cardiopatias crônicas. As gestantes constituíram risco importante de agravamento pela influenza A(H1N1), correspondendo a 25,8% do total de casos confirmados de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), 626 gestantes. A avaliação dos 55 óbitos por influenza A(H1N1) em gestantes mostrou risco importante de evolução para óbito no 2º e 3º trimestres,

OR 4,3 IC 95%(1,3-14,1). Do total de óbitos investigados, houve a confirmação de 26 óbitos por influenza sazonal, sendo um em gestante.

Merece destaque importante na resposta à pandemia a elaboração de diversas resoluções e informes, alguns publicadas no *Diário Oficial do Estado de São Paulo*: adiamento do retorno escolar para 17 de agosto; informe para locais de circulação pública e transporte coletivo; recomendações para cirurgiões-dentistas; informes técnicos: para escolas, centros de educação infantil e creches; orientações aos centros de detenção e instituições prisionais, aos serviços de saúde e à população; recomendações para prevenção da influenza A(H1N1) em gestantes, serviços de saúde e estabelecimentos de ensino.

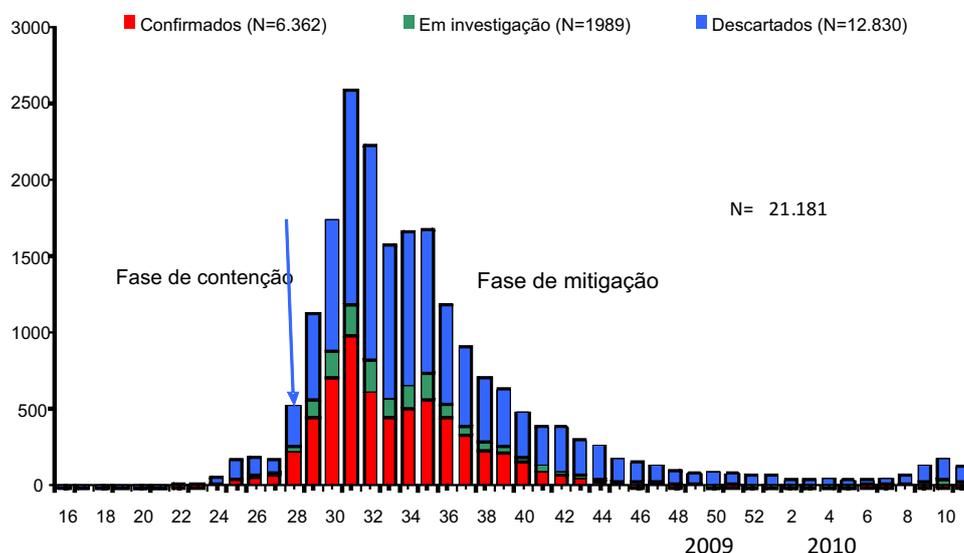
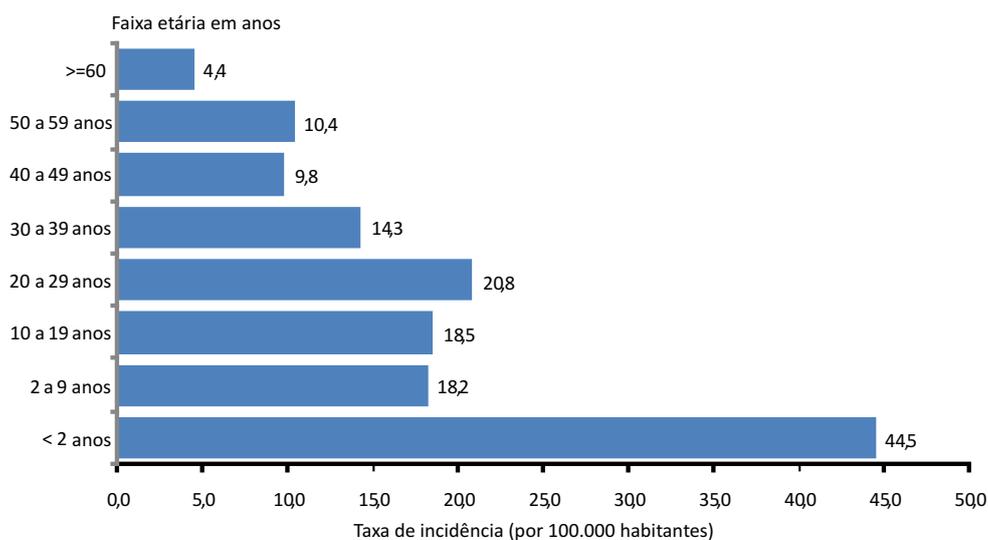
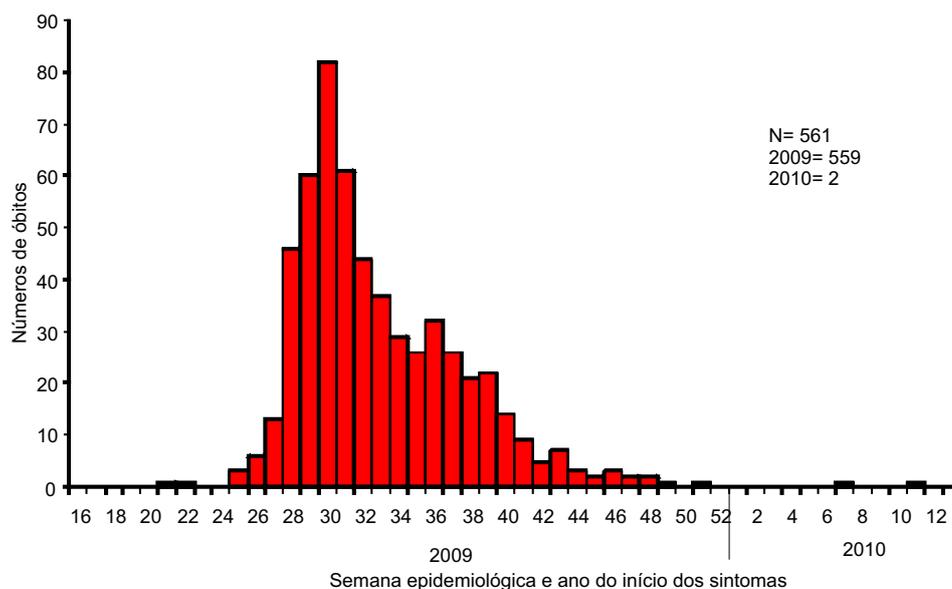


Figura 1. Distribuição dos casos de SRAG segundo classificação para influenza pandêmica (H1N1) 2009 e semana de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2009-2010



Fonte: Sinan Web em 26/04/2010

Figura 2. Incidência de SRAG confirmado para influenza pandêmica, por faixa etária, ESP, 2009.



Fonte: Sinan Web em 26/04/2010

Figura 3. Distribuição de óbitos por SRAG confirmado para influenza pandêmica, por semana e ano epidemiológico, ESP, 2009-2010.

CONCLUSÃO

O enfrentamento da pandemia de influenza A(H1N1), em 2009, emergência de saúde pública de interesse internacional, com resposta articulada da Secretaria de Estado da Saúde em conjunto com as Secretarias Municipais, possibilitou a

redução do impacto na morbimortalidade. O Estado de São Paulo investigou os primeiros casos em abril de 2009, em pacientes provenientes de países com transmissão; e a resposta à primeira fase foi de esforço para contenção, com a internação, coleta de

material e tratamento dos casos suspeitos, nesse momento a maioria de casos leves.

O primeiro óbito de influenza A(H1N1) investigado em Osasco, na Grande São Paulo, definiu a transmissão sustentada no País. A partir desse momento, apenas os casos de SRAG constituíam objeto de vigilância, com notificação, internação e investigação laboratorial. O Estado investigou 30.561 casos, sendo 21.181 de SRAG, com mais de 9.668 casos confirmados, 6.362 SRAG e 561 óbitos. Inicialmente os casos se concentravam na Região Metropolitana de São Paulo, interiorizando-se a partir da semana 35.

A existência dos planos nacional e estadual de preparação para pandemia de influenza também foi fator que contribuiu para o melhor desempenho no enfrentamento da pandemia. A rede estadual de vigilância, estruturada com equipes descentralizadas nos GVE e municípios, a Central Médica/CVE, 24h/7dias da semana, foram fundamentais para execução das medidas de contenção e mitigação. A elaboração pela coordenação nacional e estadual de protocolos padronizados foi importante para o manejo dos pacientes e instituição das medidas de prevenção e controle. É importante ressaltar que as mudanças frequentes nas versões também foram aspectos que dificultaram as ações de vigilância e assistência.

O Instituto Adolfo Lutz direcionou grande parte de seus recursos físicos e humanos para atuar no recebimento, triagem e processamento de mais de 32.000 amostras de pacientes suspeitos de influenza. Além disso, o laboratório estruturou metodologia do RT PCR e propiciou a otimização da técnica.

Outra frente de atuação importante no enfrentamento da pandemia foi a criação do gabinete de crise, que permitiu a integração com outros parceiros intra e interinstitucionais: Coordenadoria de Regiões de Saúde, Coordenadoria de Serviços de Saúde e Coordenadoria de Planejamento em Saúde; Setor de Regulação; hospitais de referência; articuladores da atenção básica, Anvisa, Centro de Vigilância Sanitária, as áreas da saúde do trabalhador, e da mulher, Secretaria da Educação, sistema prisional, Secretaria dos Transportes, órgãos privados e mobilização social e universidades, com adequação dos aspectos relacionados à assistência e vigilância, bem como à ampliação da rede de hospitais públicos e privados. Durante a pandemia, houve diversas capacitações para os serviços de saúde, por meio de videoconferências, para o manejo clínico de adultos, crianças, gestantes e cuidados de terapia intensiva, o que permitiu a padronização de condutas e melhoria da qualidade do atendimento.

Correspondência/Correspondence to:

Ana Freitas Ribeiro
Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar – Pacaembu
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8742
E-mail: afribeiro@saude.sp.gov.br

Nota: Trabalho premiado na 10ª Expoepi na categoria apresentação oral. Tema: Organização da gestão de respostas rápidas em emergências epidemiológicas, com ênfase na integração intra e intersetorial.