



Publicação

Expediente

Bibliografia

Gráficos

Setembro, 2004 Ano 1 Número 9

retorna

Surto de Influenza tipo B Hong Kong Like – Araraquara (SP) –
julho a setembro 2002

*Helena A. Barbosa¹, Terezinha Maria Paiva², Telma Regina M. P. Carvalhanas¹,
Maria Stella C. J. O. Sidi¹, Maria Akiko Ishida¹, Maria Gisele Gonçalves²,
Margareth Aparecida Benega², Maria Cândida Oliveira Souza², Áurea S. Cruz²,
Maise de Fátima Hortencil³, Márcia Tereza Barbieri³,
Erica Galluci³, Marisa Marques Monteiro³*

¹Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”;

²Laboratório de Vírus Respiratórios, Instituto Adolfo Lutz;

³Regional de Saúde de Araraquara, Sesa Araraquara.

Introdução

A influenza (gripe) é uma doença viral aguda do trato respiratório, contagiosa, transmitida através das secreções das vias respiratórias⁽¹⁾. Caracteriza-se pelo início súbito de febre, associada a calafrios, dor de garganta, cefaléia, mal-estar, dores musculares e tosse não produtiva. Nos idosos é mais freqüente a ocorrência de complicações como pneumonia e maiores taxas de hospitalização e mortalidade⁽²⁾. O período de incubação em geral é de 1 a 4 dias e a transmissão se dá através das vias respiratórias. O agente etiológico da influenza é o *Myxovírus influenzae*, da família *Orthomyxoviridae*, e possui três tipos antigênicos distintos A, B e C⁽³⁾.

A doença epidêmica é causada pelos vírus influenza do tipo A e B, freqüentemente associada com a elevação das taxas de hospitalização e óbito, por isso, merece destaque em saúde pública. Em anos epidêmicos, a taxa de ataque atinge aproximadamente 15%, sendo ao redor de 2% em anos não epidêmicos. Em comunidades fechadas, este número sobe para 40% a 70%, ficando a taxa de ataque secundário situada ao redor de 30%. A morbidade e a mortalidade devido à influenza e suas complicações podem variar ano a ano, dependendo das cepas circulantes e do grau de imunidade da população geral e da população mais suscetível.

Em agosto de 2002, a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, foi informada pela Direção Regional de Saúde de Araraquara sobre a ocorrência de um aumento das consultas médicas nas unidades básicas de saúde e pronto-socorros do município de Araraquara; os pacientes queixavam-se de febre, sintomas gastrointestinais e respiratórios, constituindo-se de um surto de doença febril a esclarecer. Aos médicos, parecia uma virose cursando com quadro clínico de leve a moderado; não houve aumento no número de internações e nem óbitos. A doença disseminou-se rapidamente nas salas de aula, locais de trabalho e domicílios.

Objetivos

Os objetivos desta investigação foram:

- Ø confirmar a ocorrência de um surto;
- Ø descrever o surto em relação a tempo, lugar e pessoa;
- Ø identificar e caracterizar o vírus respiratório;
- Ø recomendar as medidas de prevenção e controle.

Metodologia

A metodologia utilizada foi:

- Ø busca ativa de casos – revisão de prontuários e fichas de atendimento;
- Ø estabelecimento de definição de caso;
- Ø realização da coleta de secreções da orofaringe e nasofaringe nos casos que estavam em fase aguda (no máximo três dias depois do início dos sintomas);
- Ø monitorização semanal dos atendimentos segundo a definição de caso suspeito.

A partir da análise de dados (busca de casos e revisão de prontuário), foi estabelecida a seguinte definição de caso suspeito: indivíduo que apresentar febre alta, tosse, cefaléia e dor de garganta, acompanhado ou não de queixas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal) independente de faixa etária e situação vacinal.

Resultados

De julho a setembro, ocorreu um surto de doença respiratória aguda na cidade de Araraquara (situada a 273 Km da Capital paulista), com uma população de 174.380 habitantes, densidade demográfica de 172,89 hab/km. Foram notificados durante este período, pela Vigilância Epidemiológica Municipal, 3.783 casos desta doença. A duração aproximada do surto foi de dez semanas, com pico entre os dias 20 e 24 de agosto, havendo um aumento gradativo, atingindo pico máximo na 1ª semana de setembro (6 de setembro), conforme gráfico 1.

Gráfico 1

Distribuição do número de casos segundo data de atendimento no PS de Araraquara, Araraquara/ SP, 16/7 a 30/9/2002



A porcentagem das faixas etárias mais atingidas dos casos notificados durante o surto foram pessoas entre 5 e 12 anos (35%), seguida de 1 a 4 anos (25%), 20 a 29 anos (11%), 13 a 19 anos (10%), 30 a 39 anos (6%), menores de 1 ano (5%), 40 a 49 anos (4%), 50 a 59 anos (3%), 60 a 69 anos (1%), 70 e mais (1%) e menores de 1 ano (1%) (gráfico 2).

Gráfico 2

Distribuição percentual dos casos segundo faixa etária, Araraquara, julho a setembro de 2002



Foram coletadas 20 secreções da orofaringe dos pacientes que apresentavam sintomas que caracterizavam a doença respiratória em fase aguda, no máximo três dias após o início dos sintomas; e 14 amostras pareadas de soro (primeira amostra na fase aguda da doença e a segunda, de 14 a 21 dias após a coleta da primeira amostra). As amostras foram encaminhadas para Instituto Adolfo Lutz (IAL) para realização do diagnóstico laboratorial. Para tentativa de isolamento viral destas amostras foram utilizadas culturas de células MDCK (rim de cão), Vero (rim de macaco verde africano) e Hep-2 (carcinoma de laringe humana). Os vírus isolados foram identificados pelo teste de imunofluorescência indireta, utilizando-se anticorpos monoclonais do painel respiratório da Chemicon. O vírus da influenza do tipo B isolado foi caracterizado antigenicamente pelo teste de inibição da hemaglutinação, utilizando-se soro imune específico fornecido pela Organização Mundial da Saúde como estirpe B/Hong Kong/ 330/2001.

O diagnóstico sorológico foi realizado pelo teste de inibição de hemaglutinação, utilizando-se estirpes do vírus influenza A(H1N1), A(H3N2) e tipo B⁽⁴⁾.

Discussão

Houve um surto de Influenza no município de Araraquara, que em avaliação retrospectiva (julho a setembro) observamos, já na segunda quinzena de julho, uma média de 35 casos atendidos por dia, havendo um aumento gradativo que atingiu pico máximo na 1ª semana de setembro. As faixas etárias mais acometidas foram as das crianças, adolescentes e adultos jovens, com mínimo acometimento na faixa etária acima dos 60 anos.

A vigilância local constatou surtos nas cidades vizinhas (Américo Brasiliense e Matão), próximas ao município de Araraquara, no período de 2 à 20/9, onde também foi isolado o influenza B. As faixas etárias mais acometidas foram as crianças, adolescentes e adultos jovens.

A investigação laboratorial identificou a estirpe B/Hong Kong/330/2001, variante do B/Victoria/02/88, que estava circunscrita ao sul da Ásia Oriental desde 1991⁽⁵⁾. A detecção dessa variante para além do continente asiático, em maio de 2001, no Havaí acarretou sua disseminação para os diferentes continentes (figura 1).



Detectou-se também no surto de Araraquara uma variante da estirpe B/Hong Kong/330/2001 na Oceania, denominada B/Brisbane/32/2002, cuja circulação foi também registrada no Distrito Federal (figura 2).



Segundo a Coordenação da Vigilância Epidemiológica Municipal, um surto de influenza não havia ocorrido nos últimos 11 anos e causou transtornos sociais, tais como falta às aulas e ao trabalho e aumento no número das consultas médicas, esgotando a capacidade dos equipamentos de saúde. A constatação da proteção dos idosos decorreu dos anticorpos contra a estirpe B/Victoria/02/88, cuja circulação foi registrada globalmente por volta de 1991⁽⁶⁾.

Quanto às medidas adotadas, foi recomendado a monitorização de atendimentos por síndrome gripal na Regional de Saúde de Araraquara, para adoção de medidas de controle e prevenção, caso necessário; notificação ao CVE na suspeita de novo surto; divulgação dos resultados da

investigação para os profissionais de saúde e para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuart – Harris, C.- Epidemiology of influenza in man. Brit. Med. Bull., 35: 3-8, 1979.
2. Glesen, W.P. – Serious morbidity and mortality associated with influenza epidemics. Review. Epidem. Rev., 4: 25 – 44, 1982.
3. W. H. O. Reconsideration of influenza A virus nomenclature: A W.H.O Memorandum – Bull. Wld. Hlth Org., 57: 227 233, 1979.
4. Palmer, D. F.; Coleman, M. T.; Dowdle, W. R. & Schild, G.C. – Hemagglutination – inhibition test. In: WELFARE, P. H. S., ed. Advanced laboratory techniques for influenza diagnosis. Atlanta, U. S. Dept. Hlth, p. 25-62, 1975.
5. Hampson, A. – Emergence of influenza B/Hong Kong/330/2001-like strains. Victorian infect. Dis. Bull., 5: 22 – 23, 2002.
6. Paiva, T. M.; Ishida, M. A.; Gonçalves, M. A.; Benega, M. A.; Souza, M. C. O & Cruz, A. S. – Occurrence of influenza B/Hong Kong – like strains in Brazil, during 2002. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo 45 (1): 51 – 52, January – February, 2003.
7. Relatório elaborado pelo Serviço Especial de Saúde do Município de Araraquara (Sesa). Setembro /2002.
8. Doenças Infecciosas e Parasitárias, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 3ª Edição Vol. II.

Agência Paulista de Controle de Doenças

*Bepa - Av. Dr. Arnaldo, 351 - 12º andar, s. 1.218
Tel.: (11) 3066-8823 / 3066-8824
e-mail: bepa-agencia@saude.sp.gov.br*