

**DEFINIÇÃO DE CASO****+ Síndrome Gripal (SG)**

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

**+ SRAG Hospitalizado**

Indivíduo de qualquer idade, hospitalizado com SG e que apresente dispnéia OU saturação de O<sub>2</sub> < 95% OU desconforto respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independentemente de internação.

Em indivíduos com **mais de 6 meses** de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse OU dor de garganta e, pelo menos, um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

Em indivíduos com **menos de 6 meses** de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, através da Célula de Imunização (CEMUN), da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP), vem por meio desta alertar para o período de sazonalidade e ocorrência de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por influenza no Estado do Ceará e ORIENTA quanto à importância da NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA dos casos para que sejam implementadas medidas de prevenção e controle a fim de reduzir formas graves e óbitos pela doença. Essa nota deve ser divulgada amplamente entre profissionais de saúde de estabelecimentos públicos e privados.

É importante ressaltar que a **terapêutica precoce**, iniciada antes de 48 horas após o início dos sintomas, **reduz consideravelmente as formas graves da doença**. Portanto, a presença de fatores de risco deve ser avaliada e investigada pelo médico para que o manejo clínico seja adequado e oportuno.

**1. INFLUENZA NO MUNDO**

A Estratégia Global de Gripe para 2019-2030 proporciona à OMS, países e parceiros um marco para lutar contra esta enfermidade de maneira integral mediante programas nacionais sólidos, que contemplem desde a vigilância até prevenção e tratamento, para fortalecer o controle da gripe sazonal e preparar para futuras pandemias.

É necessário trabalhar nos três pilares - **prevenção, tratamento e preparação** - para lutar contra a gripe em todos os âmbitos da saúde (OMS, 2020).

No período de 23 de dezembro de 2019 a 05 de janeiro de 2020 foram notificados casos de influenza por 104 países, áreas e territórios, através do sistema FluNet.

Os laboratórios do GISRS (Sistema Global de Vigilância e Resposta à Gripe) da OMS testaram mais de 174.604 espécimes durante este período. Totalizando 44.847 amostras positivas para influenza, as quais, 27.946 (62,3%) foram do tipo influenza A e 16.901 (37,7%) influenza B. Os subtipos de influenza A, 5.081 (31,6%) foram influenza A(H1N1)pdm09, 11.005 (68,4%) foram influenza A(H3N2) e influenza B 23 (0,6%) da linhagem B-Yamagata e 3.753 (99,4%) linhagem B-Victoria.

**2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO CEARÁ**

Em 2019, até a SE 52 (01/01/2019 a 31/12/2019) foram notificados 1066 casos de SRAG, sendo 244 (22,9%) confirmados para influenza, 106 (9,9%) influenza A H1N1(pmd09); 69 (6,5%) influenza A H3N2; 7 (0,7%) influenza A não subtipado e 62 (5,8%) influenza B. Destes casos, 44 (39,6%) evoluíram para óbito por influenza.

### + DEFINIÇÃO DE SURTO

**Surto de Síndrome Gripal – Comunidade fechada, semifechada ou em ambiente hospitalar**

Ocorrência de pelo menos três casos de SG ou óbitos confirmados para influenza, observando-se as datas do início dos sintomas e com vínculo epidemiológico, e que tenham ocorrido **no mínimo 72 horas após a admissão**.

### + NOTIFICAÇÃO

- Todos os casos ou óbitos por SRAG em pacientes hospitalizados utilizando a Ficha de Notificação (Anexos 1 e 2), e digitando no Sivep-gripe.
- Surto de SG, notificado de forma agregada no módulo de surto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), com o CID J06 no campo Código do Agravado / Doença da Ficha de Investigação de Surto.

#### **NÃO devem ser notificados:**

- Casos isolados de SG, com ou sem fator de risco para complicações pela doença, inclusive aqueles para os quais foi administrado o antiviral.

### 3. FATORES DE RISCO PARA A FORMA GRAVE DA DOENÇA

São considerados condições e fatores de risco para complicações:

- ✓ Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- ✓ Adultos  $\geq 60$  anos;
- ✓ Crianças  $< 2$  anos;
- ✓ População indígena aldeada;
- ✓ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye);
- ✓ Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma), cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica), nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- ✓ Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/Aids;
- ✓ Obesidade.

### 4. MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

**CUIDADOS BÁSICOS EVITAM A INFLUENZA A (H1N1)**



Lavar as mãos com água e sabão com frequência. Evitar levar as mãos ao rosto e, sempre que possível, usar álcool em gel.

Não compartilhar objetos de uso pessoal, como copos, talheres, toalhas etc.





Manter os ambientes bem ventilados e evitar aglomerações.

Utilizar máscara descartável caso apresente sintomas de gripe ou ao entrar em contato com pessoas doentes.





Utilizar lenço descartável para limpar o nariz e a boca ao tossir ou espirrar.




**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria da Saúde

Cuidar sempre da comunidade de Saúde do Estado do Ceará | Universidade Federal do Ceará | Universidade Federal do Rio Grande do Norte

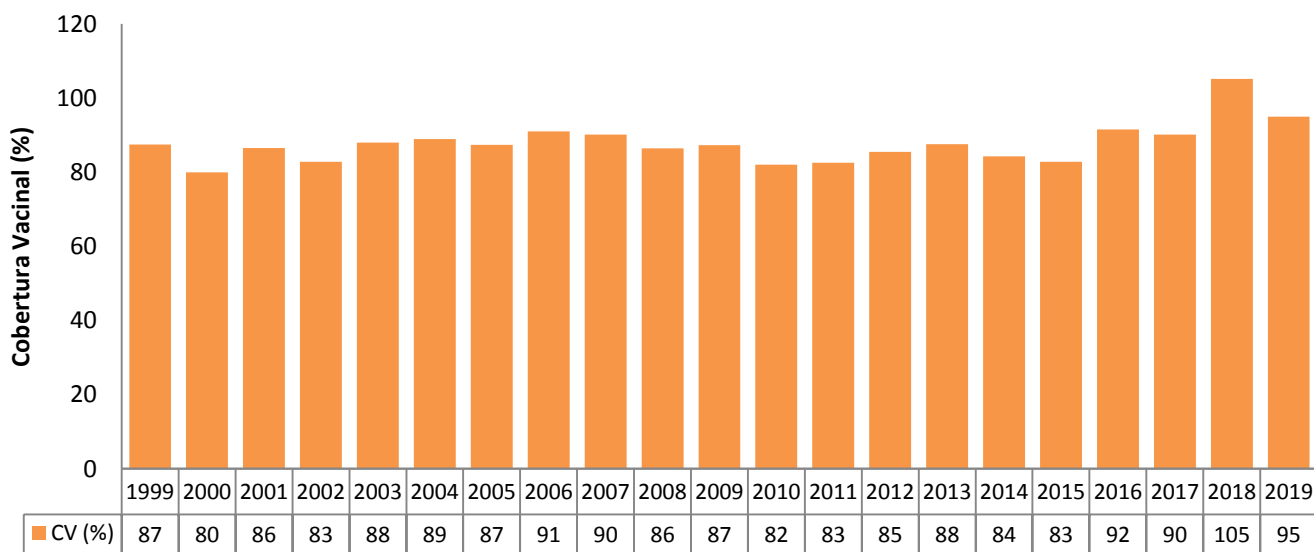
## 5. IMUNIZAÇÃO

A vacinação contra influenza mostra-se como uma das medidas mais efetivas para a prevenção da influenza grave e de suas complicações. Desta maneira, com o propósito de reduzir internações, complicações e mortes, em 1999, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) incorporou a estratégia de vacinação contra a influenza para a população brasileira (BRASIL, 2018).

Assim, em 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, lançará a 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza prevista para o período de 13 de abril a 15 de maio de 2020, com dia D de mobilização 25 de abril.

O estado do Ceará, no período de 1999 a 2019, em todos os anos alcançou a meta de vacinação nos grupos prioritários durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza. Até o ano de 2016, a Cobertura Vacinal (CV) preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) como adequada era de 80% da população alvo vacinada. Em 2017, esta meta passou para 90% (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Série histórica da cobertura vacinal da influenza, Ceará, 1999 a 2019\***



Fonte: Sipi.datasus, acesso 21/01/2020. \*Dados sujeitos a revisão.

## 6. ORIENTAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- ✓ Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- ✓ Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- ✓ Uso de óculos e máscara se houver risco de respingos.
- ✓ Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.
- ✓ Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização).
- ✓ Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com Fosfato de Oseltamivir.

## 7. TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA

Está indicado o uso de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) de forma empírica (não se deve aguardar confirmação laboratorial) para todos os casos de SG e SRAG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal. O tratamento está disponível nas unidades de saúde do SUS e deve ser prescrito em receita simples conforme figura 1.

Figura 1. Posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	

Fonte: GSK/Roche e CDC adaptado (2011; [2017]).

Na quimioprofilaxia, o antiviral deve ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com influenza e continuar por mais sete dias após a última exposição conhecida.

A quimioprofilaxia com antiviral geralmente não é recomendada se o período após a última exposição a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas (Figura 2).

Figura 2. Posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA	QUIMIOPROFILAXIA	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg/dia, Vo / 10 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg/dia, Vo / 10 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg/dia, Vo / 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg/dia, Vo / 10 dias
		> 40 kg	75 mg/dia, Vo / 10 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg ao dia, 10 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias	
	Criança	≥ 5 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg uma vez ao dia, 10 dias	

Fonte: GSK/Roche e CDC adaptado (2011; [2017]).

Nota: A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de impossibilidade clínica da manutenção do uso do fosfato de oseltamivir (Tamiflu®).



## ANEXO I

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

## CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O<sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação: _____		2	Data de 1 <sup>os</sup> sintomas da SRAG: _____		
3	UF: _____	4	Município: _____		Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): _____			
Dados do Paciente	6	CNS do cidadão: _____				
	7	Nome: _____		8	Sexo: _____ 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
	9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	11	Gestante: _____ 1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	12	Raça/Cor: _____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	13	Se indígena, qual etnia? _____				
Dados de Residência	14	Escolaridade: _____ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 5 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série) 3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
	15	Nome da mãe: _____				
	16	CEP: _____				
	17	UF: _____	18	Município: _____		Código (IBGE): _____
	19	Bairro: _____	20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		21
Dados Clínicos e Epidemiológicos	22	Complemento (apto, casa, etc.): _____		23	(DDD) Telefone: _____	
	24	Zona: _____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	25	País: (se residente fora do Brasil) _____		
	26	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	27	Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	28	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	29	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado _____  Febre _____  Tosse _____  Dor de Garganta _____  Dispnéia _____  Desconforto Respiratório _____  Saturação O <sub>2</sub> < 95% _____  Diarreia _____  Vômito _____  Outros _____				
	30	Possui fatores de risco/comorbidades? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) _____  Puérpera (até 45 dias do parto) _____  Doença Cardiovascular Crônica _____  Doença Hematológica Crônica _____  Síndrome de Down _____  Doença Hepática Crônica _____  _____  Asma _____  Diabetes mellitus _____  Doença Neurológica Crônica _____  _____  Outra Pneumopatia Crônica _____  Imunodeficiência/Imunodepressão _____  Doença Renal Crônica _____  _____  Obesidade, IMC _____ _____  Outros _____				
31	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____ _____  1-Sim 2-Não 9-Ignorado		32	Data da vacinação: _____		
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 <sup>a</sup> dose: _____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 <sup>a</sup> dose: _____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)						



23 de janeiro de 2020 | Página 6/6

## ANEXO II

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: ____ ____
	39	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____ ____ ____ ____			
	40	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	41	Internado em UTI? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
	53	Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	54	Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____			
	55	Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: ____ ____ ____		
	57	Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Vitória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58	Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____				
Conclusão	59	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			60	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	61	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63	Data do Encerramento: ____ ____ ____
64 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
65 Profissional de Saúde Responsável: _____				66 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		