NOTA TÉCNICA

MARÇO DE 2023

Nº 01/2023 – SAPAPVS/SECD/DE
PROGRAMA ESTADUAL DE INFLUENZA
SARS-CoV2 E OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS



ALERTA SOBRE O AUMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE INFLUENZA B(H2N3) NO ESTADO DO MARANHÃO

GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

SES
Secretaria de Estado da Saúde

Elaboração

Gerbeson Carlos Ferreira da Silva
Coordenador do Programa de Influenza , Sars-Covid2 e Outros Vírus Respiratórios/PVRS

Supervisão Geral

Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa
Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde/SAPAPVS/SES/MA

Tayara Costa Pereira
Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças/SECD/ SAPAPVS/SES/MA

Monique Pinheiro Maia
Chefe do Departamento de Epidemiologia/DE/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Maria de Jesus Bezerra de Paiva

Osvaldina Silva Mota

Assunto

Alerta sobre o aumento do número de casos de Influenza (B) no país eiminência de período sazonal no estado do Maranhão

NOTA DE ALERTA N° 01/2023- Programa de InfluenzaDE/SECD/SAPAPVS/SES-MA

São Luís, 23 de março de 2023

Assunto: Alerta sobre o aumento do número de casos de Influenza (B) no país e iminência de período sazonal no estado do Maranhão.

A Secretária de Estado da Saúde (SES/MA), através do Departamento de Epidemiologia e Coordenação de Influenza e Outros Vírus Respiratórios (OVR's) vem ORIENTAR todos os profissionais da saúde, por meio das instituições de saúde Hospitalares, Pronto Atendimento e rede de Atenção Primária, para que seja mantido ALERTA sobre o aumento das doenças respiratórias relacionadas ao Vírus Influenza.

No país, segundo boletim InfoGripe (Fiocruz), em 2023, das semanas epidemiológicas de 01 a 12, desde do inicio do mês de Janeiro, percebe-se um aumento gradativo no número de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associados ao Vírus da Influenza que se somam à presença de outros vírus de grande relevância epidemiológica, como o Adenovírus, Rinovírus e Metapneumovírus, principalmente no público infantil, na faixa etária de 0 a 9 anos.

Conforme dados epidemiológicos das Unidades Sentinelas para Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave do estado do Maranhão, os casos de SG relacionados aos vírus Influenza B (42,2%), Adenovírus (17,7%), vírus Sincicial (6,6%) Rinovírus (15,5%), Metapneumovírus (2,2%) e ParaInfluenza 2 (2,2%), o que respalda a orientação de sazonalidadeda região nordeste do país, segundo Nota Técnica SAS/MS nº 05/2015.

Reforçamos que o fluxo laboratorial de envio de amostras continua como estabelecido em Notas Técnicas nº 04/2021 e 01/202, da Coordenação do Programa de Influenza e OVR's e as análises seguem como resumido no Anexo I.

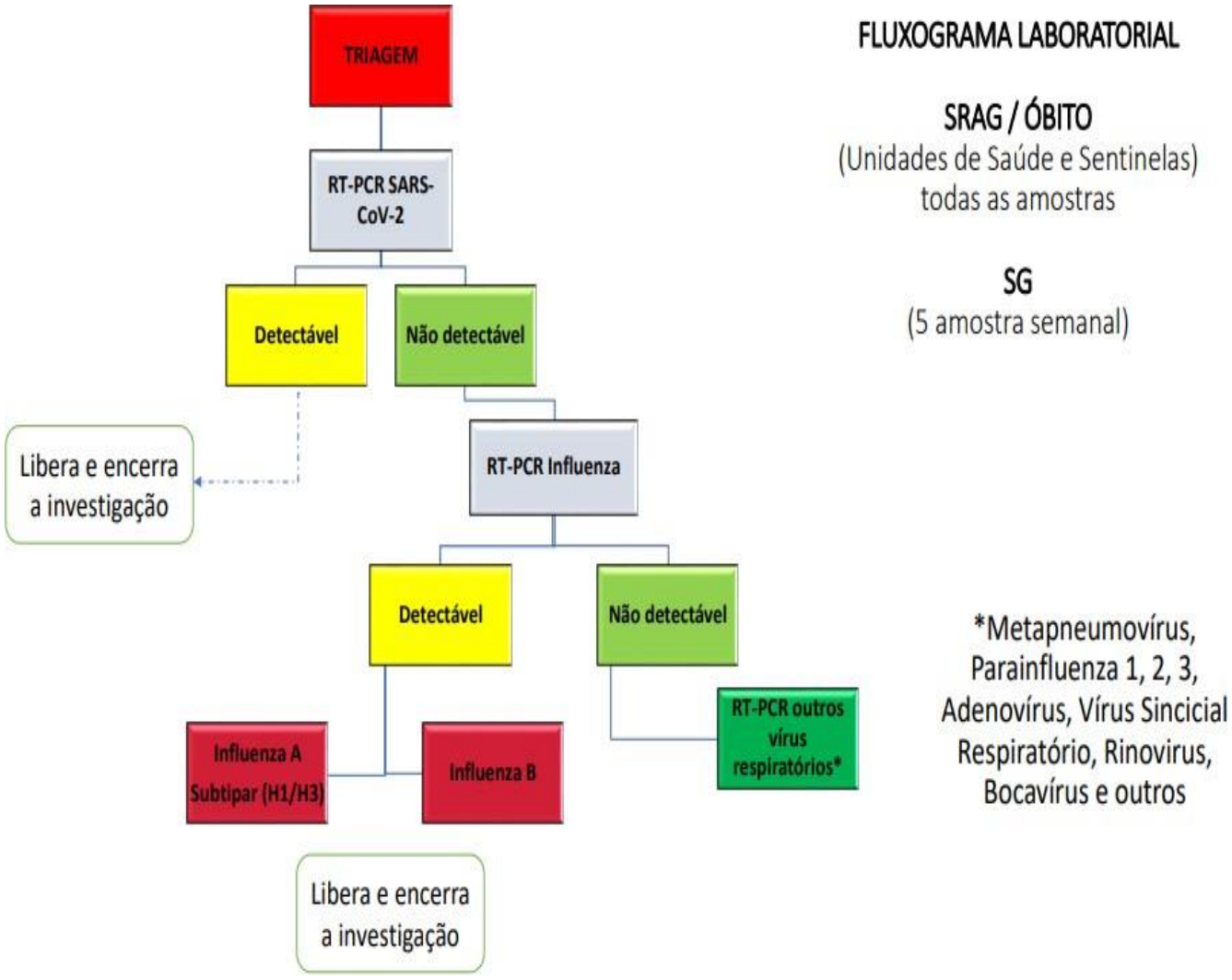
Lembramos que todos os casos de SRAG, independente de agente etiológico devem ser prontamente notificados e registrados, pelas unidades de saúde públicas e privadas por meio do sistema SIVEP-Gripe no site: https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/, cuja ficha de notificação encontra-se no Anexo II deste documento.

Para o tratamento do vírus da Influenza, o Ministério da Saúde aprovou protocolo de uso do medicamento Oseltamivir em 2017. No estado do Maranhão, a gestão de distribuição do medicamento fica sob responsabilidade do Programa de Influenza e da Central de Abastecimento Farmacêutica(CAF), onde é orientada a manutenção de estoque estratégico referenciado na Nota Técnica nº 03/2021-SAPAPVS/SES-MA. O fluxo de distribuição e solicitação estão incluídos no Anexo III.

Para evitar as Síndromes Gripais associadas a Vírus Respiratórios devem ser adotadas medidas preventivas e de etiqueta respiratória, como: higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar; depois de usar o banheiro, antes de comer, antes e depois de tocar os olhos, a boca e o nariz; evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies potencialmente contaminadas (corrimãos, bancos, maçanetas, etc). Pessoas com Síndrome Gripal devem evitar contato direto com outras pessoas, evitando aglomerações e ambientes coletivos.

Para outros esclarecimentos que se fizerem necessários, favor entrar em contato com o Departamento de Epidemiologia/ Vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios através do telefone (98)3194-6200(Ramal 6204)e e-mail: influenza@saude.ma.gov.br .

ANEXO I- FLUXO ANÁLISE DE AMOSTRAS LACEN-MA



ANEXO II- FICHA SIVEP GRIPE

Nº

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 10/02/2023.

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.
Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

Dados do Paciente

1 Data do preenchimento da ficha de notificação: ____|___|_____ 2 Data de 1ºs sintomas ____|____|_____

3 UF: __|__ 4 Município:_____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__

5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

6 Tem CPF? |__| 1-Sim 2-Não 7 CPF: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

8 Estrangeiro |__| 1-Sim 2-Não

9 Cartão Nacional de Saúde (CNS): __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

10 Nome: _____ 11 Sexo: |__|1- Masc. 2- Fem. 9- Ign

12 Data de nascimento: ____|____|_____ 13 (Ou) Idade: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__| 14 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

15 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

16 Se indígena, qual etnia?_____

17 É membro de povo ou comunidade tradicional? |__|1-Sim 2-Não 18 Se sim, qual?_____

19 Escolaridade: |__| 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado

20 Ocupação: _____ 21 Nome da mãe:_____

Dados de residência

22 CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

23 UF: __|__ 24 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__

25 Bairro: _____ 26 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 27 Nº: _____

28 Complemento (apto, casa, etc...): _____ 29 (DDD) Telefone: __|__ - __|__|__|__|__|__|__|__|__

30 Zona: |__|1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 31 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? |__| 1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum |__|3- Sim, outros, qual _____ 9-Ignorado

34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado |__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório |__| Saturação O_2< 95% |__| Diarreia |__| Vômito |__|Dor abdominal |__| Fadiga |__| Perda do olfato |__| Perda do paladar |__|Outros_____

35 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 |_____|
|__| Tabagismo |__| Outros _____

36 Recebeu vacina COVID-19? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 37 Data da dose vacina COVID-19:
Data da 1ª dose: _____|____|_____ Data da dose reforço: ____|____|____
Data da 2ª dose: _____|____|_____ Data da 2ª dose reforço: ____|____|____
Data da dose adicional : _____|____|_____

38 Fabricante vacina COVID-19:
Fabricante 1ª dose: _____
Fabricante 2ª dose: _____
Fabricante dose reforço: _____
Fabricante 2ª dose reforço: _____
Fabricante dose adicional _____

39 Lote da vacina COVID-19:
Lote 1ª dose_____
Lote 2ª dose_____
Lote dose reforço_____
Lote 2ª dose reforço_____
Lote dose adicional _____

40 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 41 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 1ª dose: ____|____|_____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
Data da 2ª dose: ____|____|_____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez

Atendimento

42 Usou antiviral para gripe? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 43 Qual antiviral? |__| 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique:_____ 44 Data início do tratamento: ____|____|_____

45 Recebeu tratamento antiviral para covid-19? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 46 Qual antiviral?|__|1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique_____ 47 Data início do tratamento: ____|____|_____

48 Houve internação? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 49 Data da internação por SRAG: ____|____|_____ 50 UF de internação: __|__

51 Município de internação: _____ Código (IBGE):__|__|__|__|__|__|__

52 Unidade de Saúde de internação:_____ Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

53 Internado em UTI? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 54 Data da entrada na UTI: ____|____|_____ 55 Data da saída da UTI: ____|____|_____

	56	Uso de suporte ventilatório: |__| 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: |__| 1-Normal 2-Inflitrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro:_____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: ____|____|_____	
	59	Aspecto Tomografia|__| 1-Tipico covid-19 2- Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro_____ 6-Não realizado 9-Ignorado			60	Data da tomografia: ____|____|_____	
	61	Coletou amostra |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: ____|____|__	63	Tipo de amostra: |__| 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido *post-mortem* 4-Outra, qual?_____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____			65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: |__| 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico	
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ___|____|_____			67	Resultado da Teste antigênico: |__| 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____				Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__	
	69	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	70	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: |__| 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			71	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____|____|_____	
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? |__| 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? |__| 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4 |__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__	
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: |__| 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			75	Data da coleta: ____|____|_____	
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: |__| 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4-Outro, qual?_____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: |__| IgG |__|IgM |__|IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado			77	Data do resultado: ____|____|_____	
Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			79	É um caso de co-detecção? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	80	Classificação final do caso: |__| 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual_____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			81	Critério de Encerramento:|__| 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico	
	82	Evolução do Caso:|__| 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	83	Data da alta ou óbito:___|___|_____	84	Data do Encerramento: ____|____|_____	
	85	Número D.O: |__|__|__|__|__|__|__|__| - |__|					
86	OBSERVAÇÕES:						

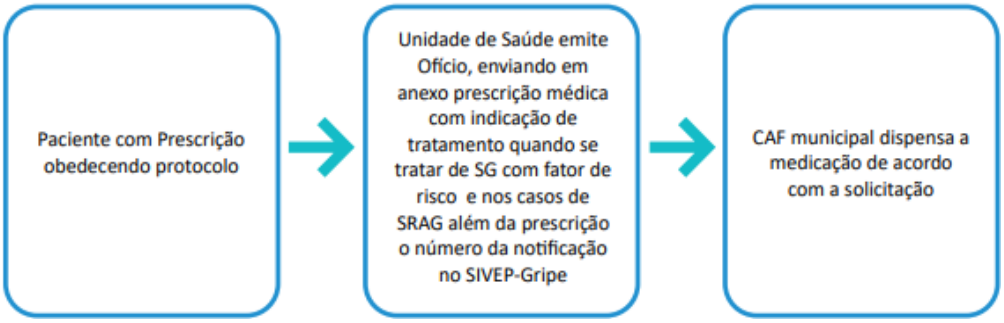
87	Profissional de Saúde Responsável: _____	88	Registro Conselho/Matrícula: __|__|__|__|__|__|__|__

SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção
(campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):

89	Designação da variante (OMS): |__| 1- Ômicron 2- Delta 3- Alfa 4- Beta 5- Gama 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7- Outra, especifique: _____	90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente:|__| 1- Sequenciamento genômico completo 2- Sequenciamento genômico parcial 3. RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique:_____
92	Nome do laboratório: _____	93	Código (CNES) do laboratório: __|__|__|__|__|__|__	94	Data do resultado: ___|___|_____
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): |__| 1- Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico 5- Descartado			96	Possível caso de reinfecção por **covid-19**? |__| 1- Sim 2- Não 9 - Ignorado
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____		Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__

ANEXO III- FLUXO DE DISPENSAÇÃO DO OSELTAMIVIR NO ESTADO DO MARANHÃO

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE OSELTAMIVIR A NÍVEL MUNICIPAL



FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE OSELTAMIVIR A NÍVEL REGIONAL



Obs.: Ao solicitar o medicamento lembrar de anexar notificação com número de registro no SIVEP-Gripe nos casos de SRAG. Nos casos de SG a prescrição deve conter informações sobre comorbidades, imunossupressão ou quaisquer fatores de risco associados.