



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE
(SRAG) NO MUNICÍPIO DE TRINDADE, GOIÁS, BRASIL NOS ANOS DE 2013
A 2018**

Adrielle de Souza marques
Aline Paula de Oliveira
Wanessa Rodrigues de Oliveira

Orientador: Prof. Leonardo Isidório Cardoso

Trindade - GO
2019

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE
(SRAG) NO MUNICÍPIO DE TRINDADE, GOIÁS, BRASIL NOS ANOS DE 2013
A 2018**

Adrielle de Souza Marques
Aline Paula de Oliveira
Wanessa Rodrigues de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade União de Goyazes como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Trindade - GO
2019

Adrielle De Souza Marques
Aline Paula De Oliveira
Wanessa Rodrigues De Oliveira

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE
(SRAG) NO MUNICÍPIO DE TRINDADE, GOIÁS, BRASIL NOS ANOS DE 2013 A
2018**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade União de Goyazes como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte banca
examinadora:

Prof. Leonardo Isidório Cardoso Filho
Faculdade União de Goyazes

Prof. Taiana Dias de Matos Ribeiro
Faculdade União de Goyazes

Enf. Esp. Millainy Lorrainy Corrêa de Andrade
Vigilância em Saúde

Trindade - GO
18/12/2019

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) NO MUNICÍPIO DE TRINDADE, GOIÁS, BRASIL NOS ANOS DE 2013 A 2018

Adrielle de Souza Marques¹
Aline Paula de Oliveira¹
Wanessa Rodrigues de Oliveira¹
Leonardo Isidório Cardoso Filho²

RESUMO

O presente artigo versa sobre Síndrome Respiratória Aguda (SRAG), doença tida como de grande impacto social, em razão das altas taxas de mortalidades e perdas econômicas, sobretudo, quando ocorrem pandemias. Para o enfrentamento de possíveis surtos e epidemias de influenza, o Ministério da Saúde do Brasil implantou, no ano de 2000, um sistema de vigilância sentinela, como parte da rede mundial para vigilância de vírus respiratórios da Organização Mundial da Saúde o qual tem sido de grande importância no controle e enfrentamento da doença. Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo do tipo retrospectivo do banco de dados do município de Trindade. Os dados foram levantados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Influenza web) da vigilância em saúde, dos anos de 2013 até 2018. O estudo fortaleceu a importância e necessidade da educação permanente e integração, sobremaneira, da atenção básica e vigilância em saúde.

Palavras-chave: Síndrome Respiratória Aguda (SRAG); Perfil epidemiológico; SINAN.

ABSTRACT

The present article deals with Acute Respiratory Syndrome (SRAG), a disease considered to be of great social impact, due to the high mortality rates and economic losses, especially when pandemics occur. To address possible influenza outbreaks and epidemics, the Brazilian Ministry of Health implemented a sentinel surveillance system in 2000 as part of the World Health Organization's network for respiratory virus surveillance. great importance in controlling and coping with the disease. A retrospective descriptive epidemiological study of the database of the municipality of Trindade was conducted. Data were collected through the Health Surveillance Notification Information System (SINAN Influenza web) from 2013 to 2018. The study strengthened the importance and need for continuing education and the integration of primary care and surveillance. in health.

Keywords: Acute Respiratory Syndrome (SARS); Epidemiological profile; SINAN

¹ Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Professor do curso de Biomedicina da Faculdade União de Goyazes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....06

2. MATERIAIS E MÉTODOS.....09

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....12

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....17

5. REFERÊNCIAS.....20

1. INTRODUÇÃO

A influenza, ou gripe, é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevado grau de transmissibilidade e com distribuição global. Pode-se contraí-la várias vezes ao longo da vida e, no geral, a evolução é autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave (BRASIL, 2017).

O vírus causador da doença pertencente à família *Orthomyxoviridae*, cujo material genético é RNA de hélice única e se subdivide em três tipos distintos: A, B e C. O vírus tipo A é mais suscetível às variações antigênicas, portanto, periodicamente, sofre mutações no seu genoma, o que contribui para a existência de diversos subtipos e são classificados de acordo com os tipos de proteínas que se localizam em sua superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). A proteína H está associada à infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se replica, enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas. São responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de influenza e infectam além do homem, suínos, vários mamíferos e aves; o tipo B infecta exclusivamente humano; e o tipo C, humanos e suínos. O vírus tipo B sofre menos variações antigênicas e, por isso, está associado com epidemias mais localizadas. O vírus tipo C é antigenicamente estável, provoca doença subclínica e não ocasiona epidemias (BRASIL, 2017; CDC 2018).

A transmissão dos vírus se dá, sobretudo de pessoa a pessoa, também chamada transmissão direta. A pessoa contaminada pode disseminar o vírus a outras pessoas por até cerca de 6 metros de distância, principalmente através de gotículas provindas da tosse, espirro ou perdigotos durante a fala. Com menos frequência, pode ocorrer a transmissão indireta, que é por contato das secreções em superfícies ou objetos (principalmente maçanetas), onde há o contato das mãos com essas superfícies e posteriormente com as mucosas (oral, nasal e dos olhos). Contudo a transmissibilidade por esta via está relacionada à carga viral das secreções e de fatores ambientais como temperatura e umidade (BRASIL, 2017; CDC, 2018).

Adultos saudáveis infectados transmitem o vírus entre 24 e 48 horas antes do início de sintomas, porém em quantidades mais baixas do que durante o período

sintomático. Nesse período, o pico da excreção viral ocorre principalmente entre as primeiras 24 horas até 72 horas do início da doença e declina até níveis não detectáveis por volta do 5º dia, após o início dos sintomas. Indivíduos com alto grau de imunodepressão podem excretar vírus por semanas ou meses. As crianças, comparadas aos adultos, também excretam vírus mais precocemente, com maior carga viral e por longos períodos (BRASIL, 2017).

As manifestações clínicas da influenza sazonal têm início abrupto, com sintomas de síndrome gripal (SG) – febre, tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaléia e prostração; o curso, geralmente tem resolução espontânea em aproximadamente 7 dias, apesar de a tosse, o mal-estar e a fadiga persistirem por algumas semanas.

Em alguns casos, principalmente em indivíduos com fatores e/ou condições de risco, pode se evoluir para a síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de SG: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico (BRASIL, 2017).

O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. Para o diagnóstico laboratorial, utiliza-se preferencialmente a secreção da nasofaringe (SNF), cujo período para coleta é preferencialmente entre o 3º e o 7º dia após o início dos primeiros sintomas para influenza sazonal. Nos casos de SRAG de indivíduo hospitalizado e óbito por SRAG a coleta deve ser realizada independente do dia.

O diagnóstico laboratorial pela pesquisa de vírus da influenza é um dos componentes da vigilância de influenza. As amostras são processadas pela técnica de biologia molecular de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) em tempo real nos laboratórios de referência como o Laboratório Central (LACEN) (BRASIL, 2017).

Para o tratamento da influenza, os medicamentos de escolha são os antivirais fosfatos de oseltamivir (Tamiflu) e zanamivir (Relenza). O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas, principalmente em pacientes com imunossupressão. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza estes medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) através de receituário simples para a prescrição (BRASIL, 2017).

Os subtipos mais comuns que infectam os humanos são o H1N1 e H3N2 e uma nova cepa de influenza A com o potencial de causar uma pandemia pode surgir a partir da recombinação genética de cepas humanas e animais. Essas cepas teriam maior potencial de se disseminar e causar casos graves devido à baixa imunidade da população humana a essa nova variante. De fato, isso aconteceu numa das maiores epidemias já registrada na história: a pandemia de influenza de 1918, que ficou conhecida como gripe espanhola, levando à morte de 20 a 100 milhões de pessoas.

No século XX ainda aconteceram outras duas pandemias: a gripe asiática, em 1957 e a gripe de Hong Kong, em 1968. A primeira pandemia de influenza do século XXI teve início no México, em março de 2009. A Organização Mundial de Saúde (OMS) orientou todos os países a aumentar a vigilância para doença respiratória com sinais de influenza e pneumonia grave, além do estabelecimento de estratégias para detecção precoce dos casos, implementação de medidas adequadas de manejo de casos e contatos e das boas práticas de controle de infecção em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, imediatamente após a recomendação da OMS, em 2009, foi instituído o Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública, no Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para monitorar e indicar as medidas de contenção adequadas ao país.

O primeiro caso de influenza pandêmica no país foi confirmado em 5 de maio, e até 5 de junho, havia 31 casos confirmados, sendo que todos os casos tinham adquirido a infecção em outro país ou eram contatos diretos de um caso importado. A transmissão no Brasil era considerada limitada, sem evidência de transmissão sustentada (BRASIL, 2015).

A situação epidemiológica no Estado de Goiás, em 2018, é a seguinte: da 1ª semana epidemiológica (SE) até a 45 (05/11/2018) foram notificados 1595 casos de SRAG. Destes, 29.78% (475) foram classificadas como SRAG por influenza, 26.58% (424) como outros vírus respiratórios, 0.38% (6) outros agentes etiológicos, 41.76% (666) SRAG não especificada e 1.50% (24) estão em investigação. Dentre os casos de influenza, (397) foram confirmados como A/H1N1, (59) A/H3N2, (10) A/não subtipado, e (9) influenza B. Até a SE 45 foram notificados 238 óbitos por

SRAG, o que corresponde a 14.92% do total de casos. Do total de óbitos notificados, 84 (35.29%) foram confirmados para vírus influenza, Sendo 75 A/H1N1, 5 A/H3N2, 1 A/subtipado e 3 influenza B (GOIÁS, 2018).

Após o surto de influenza por A/H1N1, em março de 2018, na instituição hospitalar filantrópica, Vila São José Bento Cottolengo, na cidade de Trindade, Goiás, considerada uma unidade de referência à saúde da pessoa com deficiência física, auditiva e reabilitação, além de prestar atendimento ambulatorial para o público externo, a vigilância em saúde observou uma maior sensibilidade dos profissionais de saúde quanto à doença, o que fez aumentar o número de notificações e coleta de amostras para elucidação laboratorial. O interesse no tema é analisar a influenza antes, durante e após o surto no município.

O presente estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico da SRAG no município de Trindade no período de 2013 a 2018, caracterizando as notificações e postura do profissional enfermeiro e também da vigilância em saúde diante deste agravo.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo retrospectivo do banco de dados do município de Trindade. O estudo foi realizado no município de Trindade, que integra a Região Metropolitana de Goiânia, cuja população está em torno de 120 mil habitantes segundo o IBGE. Agrega os municípios jurisdicionados à Regional Central de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Trindade possui 92% da área municipal possui cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por 32 equipes em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O município conta com 01 unidade descentralizada de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 01 unidade de Corpo de Bombeiros, 01 Unidade de Ponto Atendimento (UPA), 01 Hospital de Urgência e Emergência (HUTRIN), 02 unidades de Centro de Especialidades Médicas (CEM), 02 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), 16 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas (CAPS AD), 01 Centro de Atenção Psicossocial Modalidade III (CAPS III), 01 Central de Abastecimento De

Medicamentos De Trindade (CAFTRIN), 01 Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e 01 Núcleo de Vigilância em Saúde (NVS) (BRASIL, 2018).

Os dados foram levantados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Influenza web) da vigilância em saúde, de notificações do dia 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2018. Foi utilizada como base legal para a confecção deste trabalho, a Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017, que define a Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas de SUS.

A população de estudo foram homens e mulheres com faixa etária de zero a 93 anos, notificados como caso suspeito de SRAG e residentes no município de Trindade. A base de dados foi levantada ano a ano, de 2013 a 2018, cujos dados foram extraídos SINAN Influenza web, depois compilados em um único banco para tabulações. A ficha de notificação utilizada para o agravo é a instituída pelo Ministério da Saúde, de SRAG, definida pelo Código Internacional de Doenças CID J11 e está presente em todas as unidades de saúde, sobretudo nas de urgência e emergência.

As definições utilizadas no estudo foram:

Vigilância Sentinela: SG – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias; SRAG – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta que apresente dispnéia e que foi hospitalizado em UTI.

Vigilância Universal de SRAG: caso de SRAG – indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispnéia ou saturação de $O_2 < 95\%$ 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 seguintes sintomas: cefaléia, 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.

SRAG confirmado para influenza ou outro vírus respiratório: indivíduo com SRAG pelo vírus influenza ou outro vírus respiratório confirmado por laboratório; caso de SRAG para o qual não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e que tenha sido contato próximo de um caso

laboratorialmente confirmado ou pertença à mesma cadeia de transmissão para influenza.

Vigilância de surto de SG: surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou óbitos, observando-se as datas de início dos sintomas; surto em ambiente hospitalar – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos confirmados para influenza vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade, observando-se as datas de início dos sintomas e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão (BRASIL, 2017).

As tabulações foram realizadas do banco de dados com todas as informações contidas na ficha de notificação do agravo consolidadas dos anos de 2013 a 2018 em planilhas do Excel. Da consolidação destas informações foram produzidos gráficos e figuras para elucidação dos objetivos propostos. No SINAN Influenza web existem notificações de SRAG de residentes em Trindade desde o ano 2010, contudo, somente a partir de 22 de agosto de 2012 a notificação incluiu novas variáveis e é utilizada até então. A escolha do levantamento do estudo a partir de janeiro de 2013 se deveu à nova notificação do agravo e a padronização das informações, o que não aconteceu nos anos de 2010 a 2012.

Após a transcrição dos dados obtidos do SINAN Influenza web, ano a ano, uma única planilha do Excel® foi criada com as seguintes variáveis: data da notificação; ano; município notificador; data dos primeiros sintomas; paciente; data do nascimento; idade; sexo; gestante; raça; escolaridade; nome da mãe; bairro; logradouro; DDD; fone; zona; vacina 12 meses; data da última dose de vacina; febre; tosse; dor de garganta; dispnéia; mialgia; saturação O₂ <95%; desconforto respiratório; outros sinais e sintomas; pneumopatias; cardiopatias; imunodepressão; doença hepática crônica; doença neurológica crônica; doença renal crônica; Down; diabetes; puérpera 42 dias de parto; obesidade; peso; outras morbidades; uso de antiviral; outro antiviral; data de início tratamento; internação; data de internação; município de internação; raios-X tórax; outros diagnósticos; data de raios-X; suporte de ventilação; UTI; data de entrada na UTI; data de saída da UTI; amostra; data da coleta; metodologia do processamento da amostra; data resultado (IFI); metodologia (PCR); real time PCR; data do resultado (rt-PCR); outros métodos / exames; data do resultado; influenza A; influenza A subtipos;

influenza B; vírus sincicial respiratórios; parainflu 1; parainflu 2; parainflu 3; adenovírus; outros agentes; outros vírus associados; classificação final; critérios de confirmação; evolução clínica; data de alta ou óbito; data de encerramento e observações.

Após os dados serem compartimentados em cada variável, as tabulações e avaliações dos dados foram realizadas. Nenhum dado que identifique o participante foi utilizado.

Quanto aos aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16, “toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)”, de forma que, caso receba sua aprovação, possa ser iniciada em seguida a coleta de dados, conforme prevê a resolução. Contudo as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa não necessitam aprovação de um CEP. Esta pesquisa se enquadra nesta premissa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim como em todos os agravos os dados devem ser fidedignos. Em se tratando da influenza, a completitude e consistência das notificações devem ser apuradas e confirmadas para a melhor caracterização dos dados. Em relação a este agravo o cuidado no preenchimento das notificações foi observado pela quantidade mínima de “ignorados”. Do total de 145 notificações entre janeiro de 2013 a setembro de 2018, apenas 9 delas tiveram a variável “saturação” ignoradas (ou não verificada) e 11 tiveram a variável “uso de antiviral” ignoradas, o que não aconteceu em outras variáveis como “escolaridade”.

A Tabela 1 demonstra que, ao longo de 2013 a 2018, a maioria de casos de SRAG aconteceu no sexo feminino, 82 (56,55%) e 63 (43,45%), no sexo masculino. A maioria dos indivíduos acometidos morava na zona urbana, 127 (87,58%).

Tabela 1. Caracterização de casos notificados de SRAG no Município de Trindade quanto ao sexo nos anos de 2013 a 2018.

SEXO	ANO						TOTAL
	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	
MASCULINO	5 (3,45)	0 (0,0)	2 (1,38)	14 (9,66)	2 (1,38)	40 (27,59)	63(43,45)
FEMININO	3 (2,07)	4 (2,76)	6 (4,14)	19 (13,10)	7 (4,83)	43 (29,66)	82(56,55)
TOTAL	8 (3,52)	4 (2,76)	8 (3,52)	33 (22,16)	9 (6,21)	83 (57,24)	145(100)

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

Quanto à faixa etária, os casos não variaram tanto e tiveram representatividade em todas as faixas. A caracterização variou de 01 a 93 anos (com dois casos do sexo masculino abaixo de um ano), como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização de casos notificados de SRAG no Município de Trindade quanto à faixa etária e sexo nos anos de 2013 a 2018.

FAIXA	ANO/SEXO												TOTAL
ETÁRIA	2013		2014		2015		2016		2017		2018		
(ANOS)	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1-10	3	1	0	0	0	4	2	3	1	3	0	5	22
11-20	0	0	0	1	0	0	2	5	0	0	2	2	12
21-30	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	5	15
31-40	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	7	6	20
41-50	0	0	0	0	0	0	3	4	0	1	11	7	26
51-60	1	0	0	1	0	0	3	4	0	0	10	11	30
>60	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8	7	18
TOTAL	5	3	0	4	2	6	13	19	2	7	39	43	143

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

A Tabela 3 demonstra que a grande maioria (63,45%) se declara da raça parda; quanto à escolaridade, 67,59% dos casos notificados não tiveram esta informação registrada, o que demonstra ainda que os profissionais notificadores não se preocupam ou não tentam extrair esta informação ao realizar a notificação.

Tabela 3. Caracterização das variáveis raça e Escolaridade dos casos de SRAG no Município de Trindade nos anos de 2013 a 2018.

VARIÁVEIS		
RAÇA	N	%
Amarela	2	1,38
Branca	27	18,62
Ignorado	16	11,03
Parda	92	63,45
Preta	8	5,52
TOTAL	145	100,00
ESCOLARIDADE	N	%
Analfabeto	13	8,97
Fundamental	14	9,66
Médico	14	9,66
Superior	6	4,14
Ignorado/não se aplica	98	67,59
TOTAL	145	100,00

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

Avaliando o número de notificações no período de estudo, observou-se um aumento considerável de notificações de SRAG no ano de 2018, com um segundo pico em 2016. Como demonstrado na Figura 1, as notificações variaram de 8, em 2013, com 33 em 2016 a 83 de janeiro a setembro de 2018, num total de 145 no período.

N=145

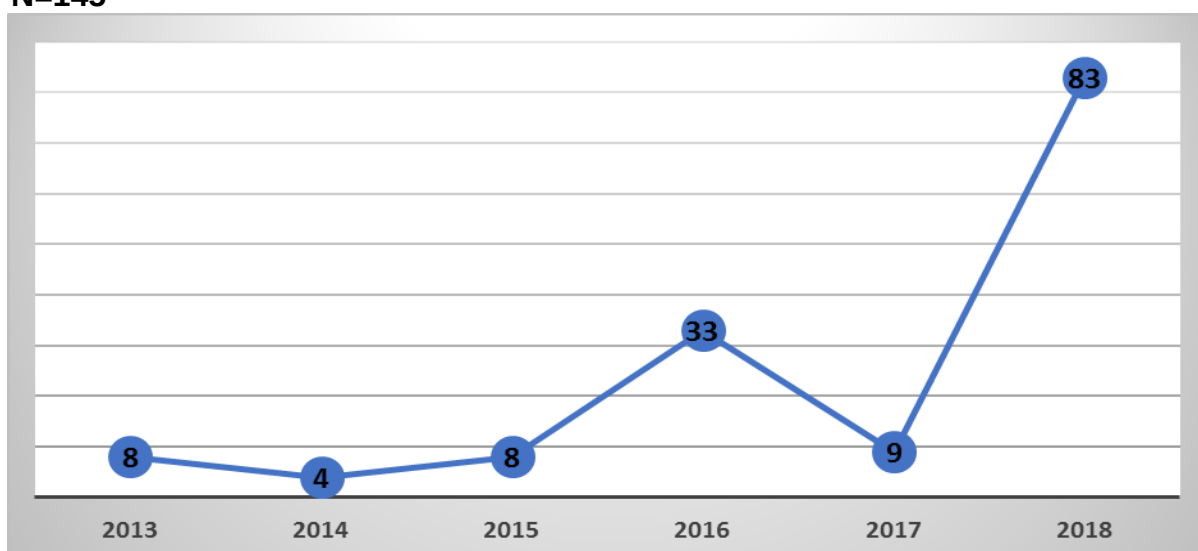


Figura 1. Número de notificações de SRAG ao longo de 2013 a 2018.

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

Ao longo do período de estudo, as unidades notificadoras foram, principalmente, as do município de Goiânia. A exceção aconteceu nos anos de 2016 e 2018, em que as unidades notificadoras do município de Trindade realizaram

notificações de SRAG. Em 2016 Goiânia notificou 16 casos e Trindade, 17. Já em 2018, a diferença foi mais contundente: 28 notificações nas unidades de saúde de Goiânia e 55, nas de Trindade, como demonstra a Figura 2.

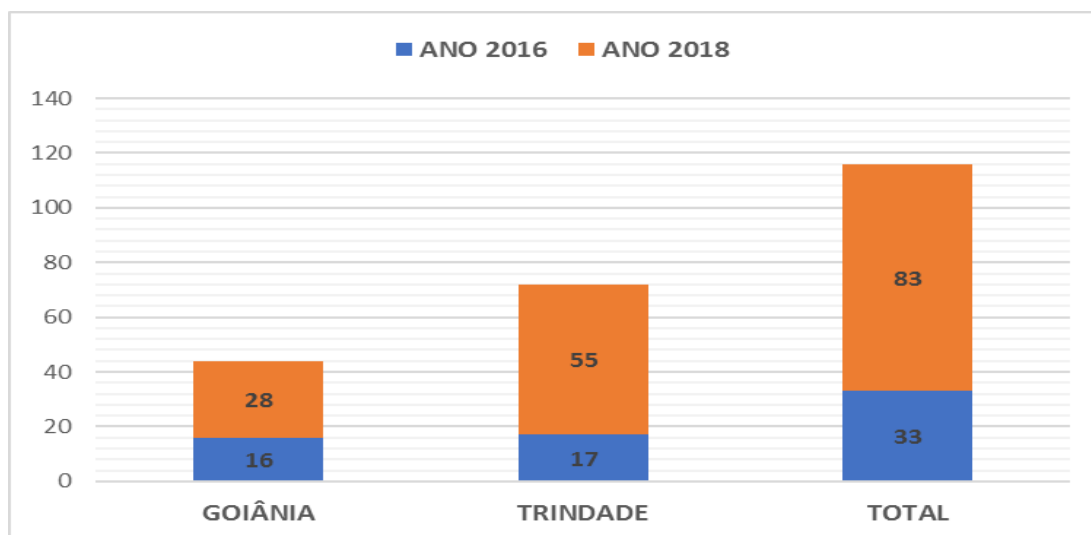


Figura 2. Número de notificações de SRAG, por município, em 2016 e 2018.
Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

Em relação à sintomatologia, a grande maioria apresentou febre, seguida de tosse, dispnéia e desconforto respiratório. Utilizando o diagrama de Pareto (Figura 3), possibilitou-se a visualização dos sintomas apresentados nas notificações, ao longo do período de estudo, da maior para a de menor frequência.

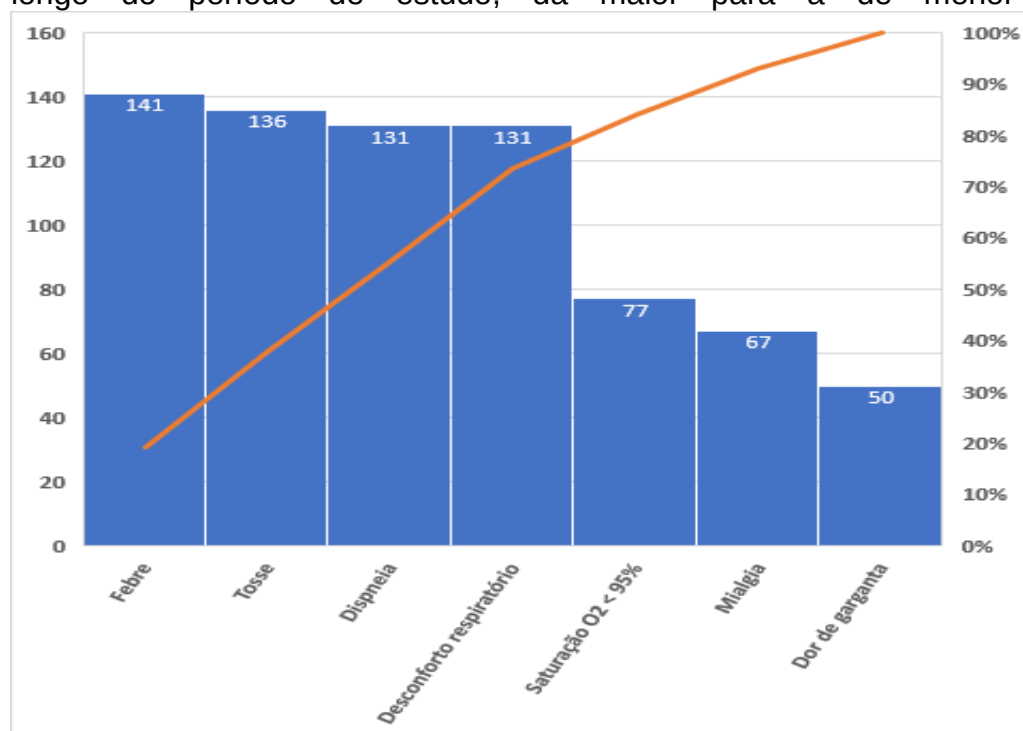


Figura 3: Distribuição dos sintomas apresentados no período de estudo.
Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

Quanto aos agentes infecciosos, cuja ação levou à SRAG, foram confirmados laboratorialmente os vírus da influenza A (subtipos H1N1 e A/H3), influenza B, sinciciais respiratórios, metapneumovírus e dengue. A Figura 4 mostra a relação dos agentes.

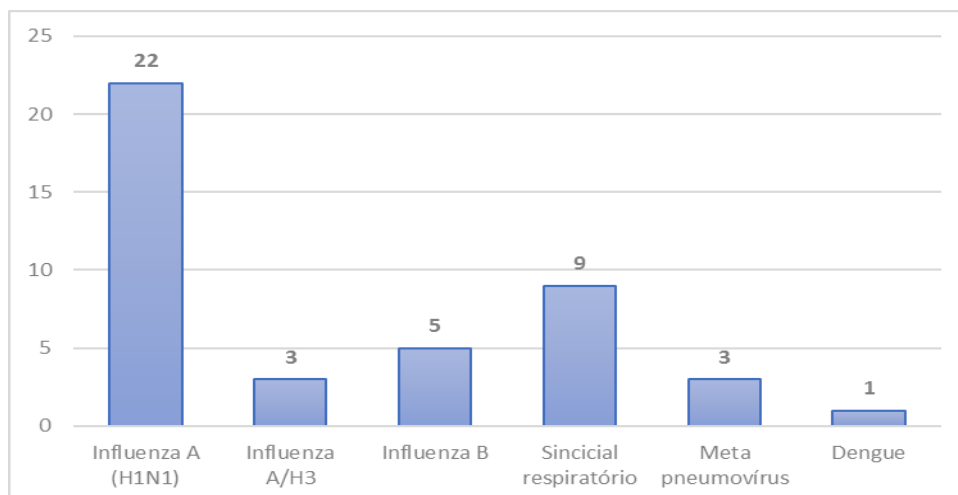


Figura 4. Agentes causadores de SRAG no período de 2013 a 2018.

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

No período do estudo, 27 pessoas, em todas as faixas etárias, foram a óbito por SRAG, com taxa de mortalidade de 22,5 por 100.000 habitantes. Destes, apenas 9 haviam sido vacinados nos últimos 12 meses. Em relação à vacina, apenas 39 dos 145 notificados foram vacinados. A Figura 5 mostra o agente causador ou o encerramento do caso por critérios clínico-epidemiológicos. Dos 27 óbitos, 10 (37%) foram por SRAG não especificada; 8 (30%) por influenza A subtipo H1N1; 5 (18%) por critérios clínicoepidemiológico; 3 (11%) por vírus sinciciais e 1 (4%) por influenza B.

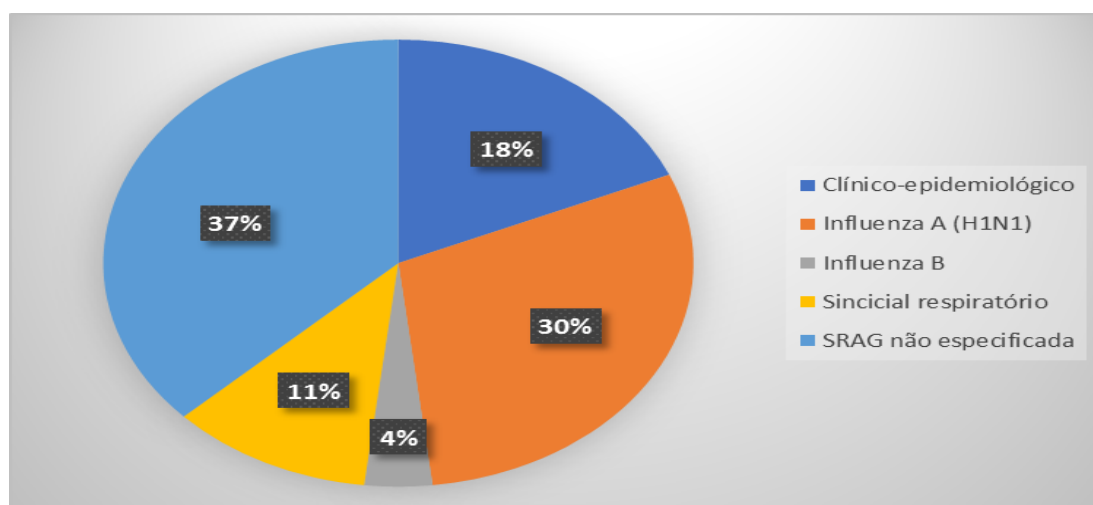


Figura 5. Causas de óbito por SRAG no município de Trindade, de 2013 a 2018.

Fonte: Sistema de informação e Notificação web, 2013 a 2018.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo constatou-se que o perfil epidemiológico das vítimas por SRAG, 56,55%, foi em indivíduos do sexo feminino. Um estudo semelhante, no Triângulo Mineiro, constatou alta frequência também em mulheres, assim como no MS (FERREIRA; BORGES, 2013).

Quanto à sintomatologia, as variáveis mais prevalentes foram: febre (97,24%), tosse (93,79%), dispneia e desconforto respiratório em 90,34% das notificações. No Chile, um estudo equivalente demonstrou que febre, tosse e dispneia também são os sintomas mais comuns, com percentual alto (RABAGLIATI B et al., 2011).

Neste estudo, apenas 26,89% dos indivíduos foram vacinados nos últimos 12 meses, mesmo a literatura demonstrando uma eficácia da vacina (SCHUELTERTREVISOL; SANDIN, 2013). Em um estudo semelhante, na Romênia, o percentual de vacinação, durante o período do estudo, não passou de 20% (RABAGLIATI B et al., 2011).

Em relação aos agentes infecciosos, o vírus da influenza A subtipo H1N1 foi predominante como causa de SRAG, quando laboratorialmente confirmada, representando cerca de 30% dos casos. Em um estudo que avaliou 5 países: África do Sul, Argentina, Austrália, Chile e Nova Zelândia, o H1N1 apresentou números cerca de 3-6 vezes maiores que outros agentes em 4 destes países (VAN KERKHOVE et al., 2011).

Estudos com dados secundários, como este, apresentam limitações quanto à qualidade desses dados: dificuldade e heterogeneidade no preenchimento do instrumento, subnotificação e inexatidão dos dados coletados, prioridade de registro dos casos graves ou dos que pertencem aos grupos de risco. A variável “escolaridade”, por exemplo, foi ignorada em 67,59% das notificações. Entretanto o que mais se questiona com este estudo é a subnotificação.

No período analisado o município de Trindade notificou SRAG apenas nos anos de 2016 e 2018. A subnotificação é inerente a vários autores como ROSSETTO e LUNA (2016), que observaram uma discrepância nos sistemas de informação.

O número de notificações em Trindade aumentou significativamente em 2018. O fato pode ser explicado devido ao primeiro surto no Estado de Goiás, desta temporada, ter sido identificado na Vila São José Bento Cottolengo. A instituição foi matéria jornalística em todos os principais meios de comunicação no fim de fevereiro deste ano após aumento abrupto de internos com febre alta. A hipótese inicial era dengue. Entre 24 de fevereiro e 05 de março, 07 internos foram a óbitos, todos com a mesma sintomatologia, quando a vigilância em saúde do município tomou conhecimento da situação através de denúncias tanto de funcionários da instituição, quanto da imprensa.

Como medida inicial, no dia 05 de março, foram colhidas amostras nasofaríngeas de outros 07 internos com febre, dispneia e tosse, após serem isolados, para diagnóstico viral de influenza. Fora administrada a medicação antiviral oseltamivir. A vigilância suspendeu as cirurgias eletivas da unidade hospitalar e restringiu as visitas corriqueiras de turistas e parentes aos internos.

Com a confirmação de positividade para influenza A/H1N1 (pdm09) em três das sete amostras no dia 09 de março, caracterizou-se o surto e uma preocupação generalizada se instalou no município, sobretudo por parte da equipe de profissionais de saúde, tanto da instituição, quanto das outras unidades de saúde.

Dúvidas primárias sobre o manejo, tratamento e, principalmente, quando e como notificar surgiram. Uma capacitação para todos os profissionais de saúde, de todos os departamentos, foi convocada pela secretaria municipal de saúde, com apoio da secretaria de estado da saúde de Goiás, incluindo toda equipe da vigilância em saúde.

Das 83 notificações até o momento, 33 delas foram realizadas nos meses de abril e maio, logo após a capacitação realizada pela vigilância em saúde do município. Observou-se um aumento, então, de notificações nas unidades de saúde, o que não aconteceu nos anos anteriores. Isso se deveu ao surto, mas especialmente, à sensibilização dos profissionais de saúde, seja pela capacitação, ou pelas informações catalisadas pela vigilância em saúde.

Para a realização deste trabalho, a dificuldade maior foi o levantamento dos dados, que estão disponíveis no SINAN web somente. As informações só puderam ser extraídas ano a ano. Então, fazer a consolidação dos dados em um único banco levou muito tempo, sobretudo a separação e organização das variáveis.

Muitas variáveis ainda estão em branco ou ignorado, o que demonstra uma incompletude das informações. Observou-se, também, que esta incompletude diminuiu após o surto em Trindade, o que demonstra uma preocupação por parte dos profissionais da vigilância em saúde com a qualidade dos dados, buscando completar as fichas junto às unidades notificadoras com os profissionais envolvidos, caracterizando a seriedade de dados fidedignos para avaliação e tomada de decisão e encerramento dos casos, pois, ao longo do estudo, 37% dos casos foram encerrados como “SRAG não especificada.”

O estudo fortaleceu a importância e necessidade da educação permanente e integração, sobremaneira, da atenção básica e vigilância em saúde. Após o surto, profissionais das vigilâncias intensificaram as reuniões, semanalmente, com profissionais de todas as categorias das USBs para discussão e informações sobre vigilância, sanando dúvidas e construindo novas ferramentas de trabalho que melhorem o serviço e indicadores de saúde. Diante do estudo realizado algumas recomendações são pertinentes:

À Vigilância em Saúde: monitorar as cepas circulantes; avaliar o impacto da vacinação contra a doença; acompanhar a tendência de morbidade e mortalidade associadas à doença; identificar grupos e fatores de risco; responder a situações inusitadas; produzir e disseminar informações epidemiológicas.

À Diretoria de Atenção Básica: manter, junto aos profissionais das unidades básicas de saúde, educação permanente e a continuidade do trabalho que se intensificou após o surto.

Às Unidades de Urgência e Emergência: notificar, observando a completitude das informações e fidelidade dos dados, preenchidos a contento. Apesar de se observar uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em notificar, sobretudo após o surto na Vila São José Bento Cottolengo, essa notificação precisa, ainda, melhorar sua completitude para uma análise mais acurada das informações.

À Secretaria Municipal de Saúde: garantir a educação permanente entre os profissionais de saúde; proporcionar capacitações e progressões profissionais e evitar a rotatividade dos profissionais nos departamentos em que se sobressaem.

5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **EpiSUS - “Além das Fronteiras” Contribuindo para o Fortalecimento das Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS**. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia de Vigilância em Saúde. Vol. 1**. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica. Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.
- CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. **Influenza (Flu)**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/flu/about/index.html>>. Acesso em: 13 out. 2018.
- FERREIRA, A. DOS R.; BORGES, L. F. DE A. E. Epidemiology of Influenza A (H1N1) in the Triângulo Mineiro and high Paranaíba Regions, Minas Gerais – Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 47–52, 2013.
- GOIÁS, S. DE E. DA S. DE (SES). **Boletim do SRAG com foco na influenza**. Disponível em: <<https://extranet.saude.go.gov.br/public/influenza.html>>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- RABAGLIATI B, R. et al. Influenza pandémica A (H1N1) 2009: epidemiología, características clínicas y diferencias con influenza estacional en Chile. **Revista chilena de infectología**, v. 28, n. 6, p. 546–553, 2011.
- ROSSETTO, E. V.; LUNA, E. J. DE A. Relacionamento entre bases de dados para vigilância da pandemia de influenza A(H1N1)pdm09, Brasil, 2009-2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. 1–12, 2016.
- SCHUELTER-TREVISOL, F.; SANDIN, G. R. Comparação da morbimortalidade entre idosos vacinados e não vacinados contra influenza. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 1, p. 12–16, 2013.
- VAN KERKHOVE, M. D. et al. Epidemiologic and virologic assessment of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on selected temperate countries in the Southern Hemisphere: Argentina, Australia, Chile, New Zealand and South Africa. **Influenza and other Respiratory Viruses**, v. 5, n. 6, p. 487–498, 2011.