

Gripe A (H1N1) 2009: a transição da etapa de contenção para a de mitigação em Portugal

FRANCISCO GEORGE
ANA LEÇA
MÁRIO CARREIRA
JUDITE CATARINO

Os autores relatam a transição da etapa de retenção para a etapa de mitigação da Gripe A (H1N1), de acordo com a experiência portuguesa. Admitem que a curva epidémica da gripe poderia ser atrasada, mas não contida exactamente. A linha divisória entre os casos importados e os casos com origem em Portugal esteve na base da decisão de passar para a etapa de mitigação.

Palavras-chave: pandemia de gripe; gripe — prevenção e controlo; planos de contingência; vigilância epidemiológica.

1. Introdução

O rearranjo do genoma do vírus da gripe, traduzido pela incorporação de dois segmentos de origem suína¹, está na origem da pandemia 2009.

¹ Estirpe que recebeu a designação de A (H1N1) Califórnia/7/2009.

□ Francisco George é Director-Geral da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.
Ana Leça é pediatra, Direcção-Geral da Saúde.
Mário Carreira é especialista de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.
Judite Catarino é especialista de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.

Submetido à apreciação: 30 de Outubro de 2009
Aceite para publicação: 5 de Novembro de 2009

A partir do foco inicial no México, verificado no primeiro trimestre de 2009, a evolução da propagação foi muito rápida. A Organização Mundial da Saúde declarou, sucessivamente, a fase 4 da pandemia a 27 de Abril; dois dias depois a fase 5 e a 11 de Junho a fase 6, uma vez reconhecida a extensão da epidemia em grande escala (WHO, 2009).

Afectou todo o Continente Norte-Americano (México, EUA e Canadá) e logo depois Espanha e Reino Unido. Em poucas semanas propagou-se a todos os continentes.

Em Portugal, o Plano de Contingência (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2008) foi proactivamente operacionalizado a partir de 24 de Abril. O Comunicado, emitido nesse próprio dia, assinala que foram «accionados os dispositivos previstos para este tipo de situações». Internamente, na Direcção-Geral da Saúde, as quatro áreas funcionais do Plano foram activadas: 1 — informação para análise de risco; 2 — medidas de prevenção, contenção e controlo; 3 — comunicação de risco; 4 — avaliação interna e externa.

Evitar a formação de cadeias de transmissão no País na perspectiva de atrasar a evolução da epidemia constituiu, estrategicamente, a base das respostas planeadas.

A etapa de contenção², com esses objectivos principais, ao aplanar a curva epidémica, iria permitir

² Em rigor a contenção não é objectivo exequível, pelo que seria preferível apontar a designação da etapa no sentido do atraso da propagação da epidemia de gripe.

«ganhar tempo» para melhor preparação dos serviços de saúde e esperar pela vacina.

A comunicação, focada nos cidadãos, foi centrada na adopção de medidas de protecção e higiene individual, especialmente no que se refere à importância da etiqueta respiratória e lavagem de mãos (WHO, 2005). Numa etapa inicial todos os doentes foram importados. Seguiram-se casos secundários³, *clusters*⁴ e o aumento proporcional de casos esporádicos gerados em Portugal, sem *link*. Realça-se que a proporção de casos importados foi diminuindo progressivamente, sobretudo a partir da 32.^a semana do ano.

A 21 de Agosto, perante a descida relativa dos casos importados e o número crescente de casos sem *link* epidemiológico (*Figura 1*), foi decidida a passagem à etapa de mitigação, com activação de toda a rede hospitalar e unidades de saúde dos cuidados primários para a prestação de cuidados a doentes com síndrome gripal.

Deixou de ser aplicável a identificação de todos os contactos próximos e a quimioprofilaxia recomen-

dada, selectivamente, a doentes pertencentes a grupos de risco.

Os dispositivos de vigilância epidemiológica fundamentam-se em resultados laboratoriais por amostragem, designadamente em doentes menos graves (diagnosticados e vigiados a nível ambulatório), mantendo-se a indicação para confirmação laboratorial dos doentes mais graves, em particular todos os doentes internados e pertencentes a grupos de risco, com o objectivo adicional de monitorizar eventuais resistências aos antivirais.

2. Validação de casos

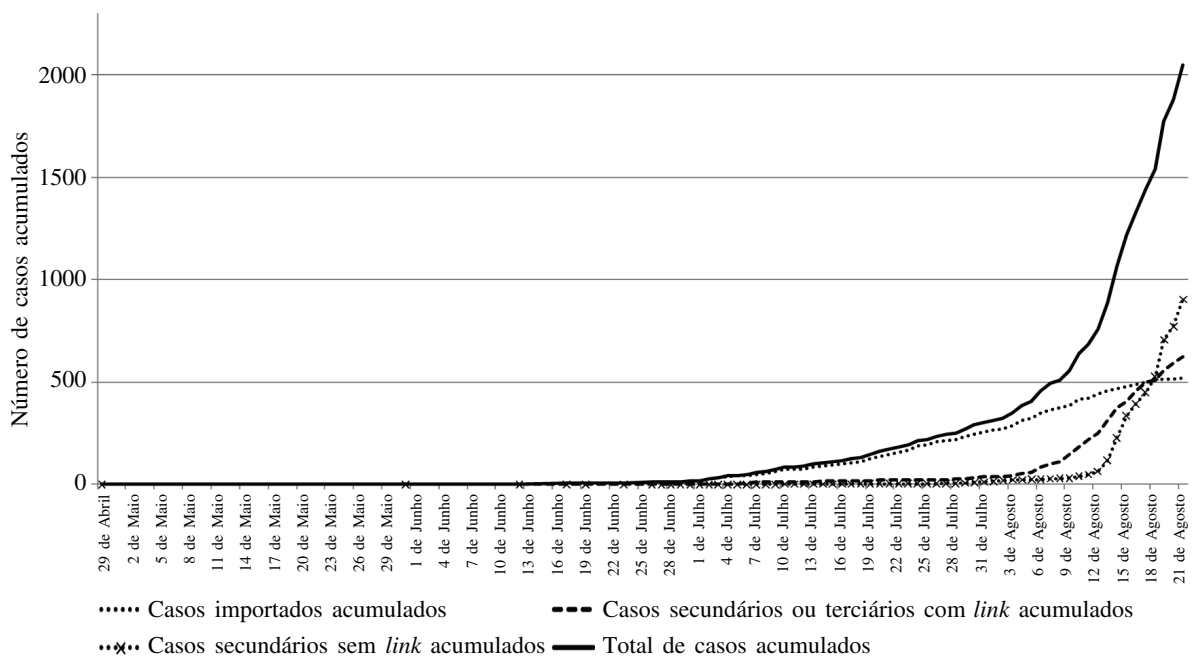
A 25 de Abril de 2009 foi accionado um sistema de validação técnica de apoio ao Centro de Atendimento — Linha Saúde 24⁵ (Portugal. Ministério da Saúde, 2007). A 5 de Maio foi criada, em parceria da DGS com a Ordem dos Médicos a Linha Verde dos Médicos, data a partir da qual foi possível a formação do Serviço Médico de Validação de Casos da DGS,

³ O primeiro caso secundário a 4 de Julho

⁴ O primeiro *cluster* identificado foi na Escola de Pedralvas em Lisboa a 5 de Julho.

⁵ Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde com o número telefónico 808 24 24 24.

Figura 1
Incidência acumulada de casos de gripe A (H1N1) 2009



Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

assegurado por médicos credenciados especificamente para o efeito pela Direcção-Geral da Saúde. Esta linha tinha três objectivos, designadamente:

1. A validação, encaminhamento dos casos e activação das medidas de saúde pública de contenção. Este Serviço atende, para além das chamadas telefónicas provenientes da Linha Verde (validação médico a médico), as chamadas transferidas da Saúde 24, quando efectuadas por médico, ou perante casos susceptíveis de validação.

Funcionando em regime de 24/24 horas, cada chamada recebida, validada como caso para investigação implica: atendimento da chamada correspondente à validação; telefonema para o hospital de referência a avisar o envio do doente, telefonema para o INEM para activação do transporte; telefonema para o INSA; telefonema para o Delegado de Saúde Regional. Cada caso positivo implicava, por sua vez, um outro telefonema de retorno para o hospital de referência e para o Delegado Regional de Saúde para activação de medidas de saúde pública.

No caso das chamadas transferidas da Saúde 24, existia uma ligação directa com o doente, que por vezes era colocado em vigilância activa, o que implicava um contacto regular durante 24 a 48 horas antes da orientação para um hospital de referência ou encerramento definitivo do caso.

2. Responder a dúvidas e hesitações dos médicos sobre o diagnóstico e acompanhamento clínico de doentes com quadros presuntivos de gripe que possibilitou a troca de informações sobre casos clínicos que careciam de esclarecimentos complementares.
3. Facilitar a comunicação. Desde o início, a avaliação diária das chamadas efectuadas, nomeadamente casos em validação, vigilância activa e casos confirmados, foi «fonte de alimentação» de informação destinada aos *media*.

A validação de casos por este processo enquadrava-se dentro dos objectivos da Fase 5, de contenção, vigilância e definição das características clínicas e epidemiológicas da infecção pelo novo vírus da gripe A (H1N1), tal como estava contemplado nas orientações técnicas da DGS.

Perante a declaração, pela OMS, da fase 6 e uma vez já conhecidas as principais características clínicas e epidemiológicas da infecção, decorrente da apreciação dos casos a nível mundial, foram equacionadas, entre outras, as seguintes questões:

- Continuação de medidas de contenção? — Visto que medidas com interesse inegável na perspec-

tiva da comunicação do risco implicavam, contudo, um esforço e desgaste desproporcionados em relação aos benefícios reais na gestão do risco;

- Maior flexibilidade? — O comportamento clínico da doença apelava a uma maior flexibilidade com alterações de procedimentos ou até mesmo de estratégia na perspectiva de reorientar todo o modelo de comunicação de risco;
- Dado que a situação epidemiológica de Portugal, obrigaria, ainda, apesar de declarada a fase 6, a maior esforço dispendido nas medidas de contenção? Ou maior investimento no desenvolvimento e fortalecimento de uma articulação efectiva entre os vários níveis de cuidados?

O investimento e disponibilidade exigidos pela Linha Saúde 24 e a impossibilidade de recrutamento de outros consumiam demasiados recursos no eixo da prevenção, contenção e controlo do Grupo Operativo da DGS, penalizando todo o processo de definição de uma estratégia nacional de readaptação técnico-normativa, de formação e avaliação dos vários níveis de cuidados.

Por outro lado, reconhece-se que as validações por área afectada de proveniência tornaram-se mais difíceis devido à falta de informação internacional precisa.

Nestes termos, decidiu-se pela mudança estratégica, passando a informação, validação e encaminhamento dos casos a ser efectuados pelos enfermeiros da Linha de Saúde 24 em contacto directo com os médicos de família e hospitalares, cessando a actividade da Linha Verde Médico-a-Médico no dia 10 de Julho.

Para aquela tomada de decisão contribuíram, naturalmente, a exiguidade de recursos humanos para a continuidade do apoio à validação médica centralizada na DGS e, também, a reconhecida experiência dos enfermeiros do Centro de Atendimento Saúde 24 ao longo de seis semanas de contacto diário e discussão de cada caso. Contribuíram, do mesmo modo, a existência de quatro hospitais de referência (Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Curry Cabral e Hospital de Dona Estefânia) com prática acumulada neste tipo de patologia e a activação, em 24 de Junho, de novos hospitais de referência (Hospital de Vila Real, Hospital Geral de Santo António, Hospital Pediátrico de Coimbra, e Hospital de Faro), tendo em vista uma melhor gestão dos recursos, descentralização e crescente melhoria qualidade dos cuidados e simultaneamente com o início da actividade de laboratórios, a nível regional, devidamente equipados e tecnicamente preparados.

3. População e métodos

A etapa de contenção da pandemia de gripe estava prevista no Plano Nacional de Contingência.

Baseou-se, essencialmente, na validação prévia dos casos e encaminhamento referenciado pelo INEM para os hospitais de referência; confirmação diagnóstica laboratorial⁶, tratamento selectivo dos doentes em função do risco ou com evolução clínica no sentido do agravamento; identificação dos contactos próximos para aconselhamento e instituição de quimioprofilaxia.

Os dados epidemiológicos foram recolhidos pelas unidades de saúde pública (rede de delegados de

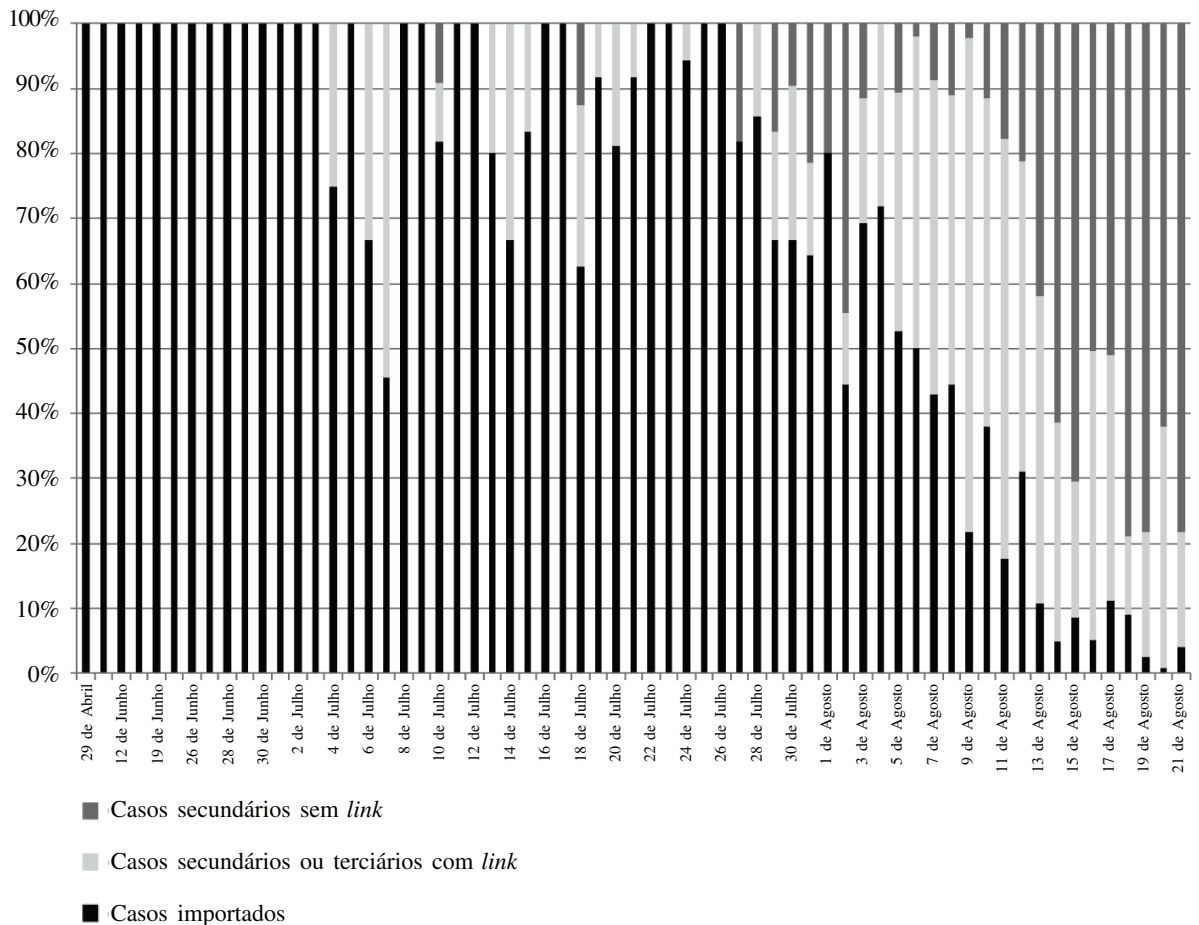
saúde) mediante a aplicação de inquérito epidemiológico padronizado a nível nacional que foi evoluindo de acordo com as necessidades de obtenção de mais elementos informativos. Os inquéritos epidemiológicos foram enviados para a Direcção-Geral da Saúde e os dados introduzidos numa base única.

Por razões operacionais, todos os casos foram classificados como casos em investigação, caso confirmado e não caso.

Um caso em investigação foi definido como uma pessoa com doença súbita com febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e pelo menos um dos seguintes sintomas: tosse, mal-estar geral, odinofagia, mialgias, diarreias e vómitos ou pneumonia. Um caso confirmado consistiu em uma pessoa que tivesse um PCR positivo para o vírus A (H1N1) 2009. E um não caso uma pessoa que tivesse resultado negativo por PCR para o vírus A (H1N1) 2009.

⁶ Por PCR em tempo real.

Figura 2
Progressão diária dos casos de gripe A (H1N1) em Portugal de 29-04-2009 a 21-08-2009 em função da sua origem



Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

4. Resultados

A 29 de Abril foi diagnosticado o primeiro caso em Portugal (com *link* ao México) em turista português regressado de Cancun. O segundo foi diagnosticado a 31 de Maio e somente a partir de 12 de Junho, com o terceiro caso identificado, começaram a ocorrer casos esporádicos.

O total cumulativo de 100 casos foi notificado a 14 de Julho. Posteriormente, a 14 de Agosto foram atingidos os 1000 casos cumulativos e, uma semana depois, a 21 de Agosto, os 2000 casos cumulativos. Até ao dia 4 de Julho todos os casos foram importados, isto é, ocorreram em portugueses que tinham visitado outro país e regressaram com gripe ou eram turistas estrangeiros que vieram com gripe. Até ao dia 21 de Agosto ocorreram 2046 casos confirmados de gripe A (H1N1) 2009.

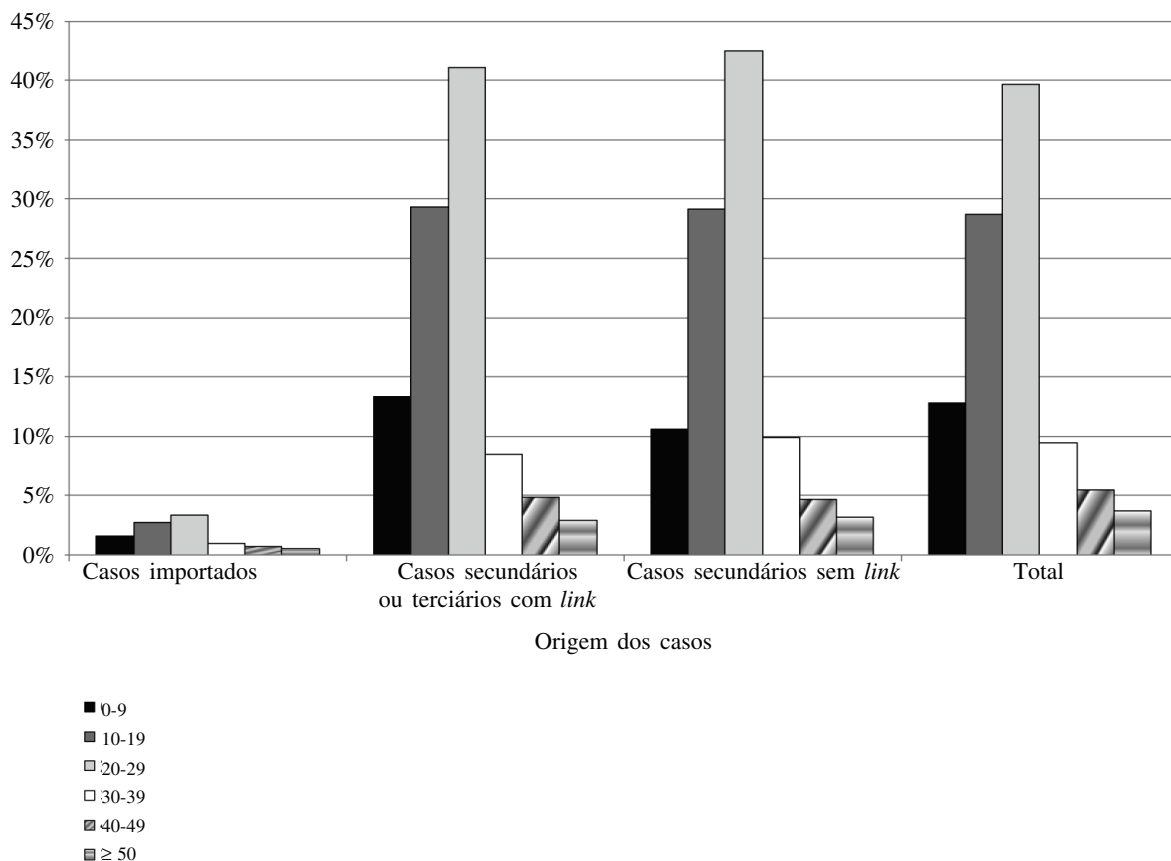
No dia 10 de Julho foi identificado o primeiro caso sem *link* epidemiológico. A 18 de Agosto o número de doentes sem *link* ultrapassou o número casos importados e de casos secundários⁷.

A partir do dia 14 de Agosto o número de casos diários importados desceu abaixo de 10% da totalidade dos casos.

Dos 2046 casos notificados até 21 de Agosto, 58% eram do sexo masculino. A distribuição dos doentes por grupos etários foi, naturalmente, influenciada pelo perfil etário dos viajantes. A idade mediana foi de 21 anos (mínimo 4 meses e máximo 84 anos). A maioria dos casos (68%) verificou-se entre 10 e

⁷ Caso secundário, designação que traduz o diagnóstico de um doente depois da primeira geração de um período de incubação (adquirido a partir de determinado doente ao fim do período de incubação).

Figura 3
Distribuição etária dos casos de gripe A (H1N1) 2009 em função da sua origem



Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

29 anos. Apenas 6% dos doentes tinham menos de cinco anos.

Até à semana de 22 a 28 de Junho a ocorrência de casos foi esporádica, havendo semanas em que não houve nenhum caso. Entre 29 de Junho e 9 de Agosto verifica-se uma subida lenta e consistente. Na semana de 3 a 9 de Agosto o número de casos duplica relativamente à semana anterior. É na semana de 10 a 16 de Agosto que se verifica um incremento intenso e brusco com a notificação de quase três vezes mais casos que na semana anterior. Na última semana, apesar do alto número de casos, verificou-se um abrandamento na velocidade de crescimento.

A taxa de ataque global, até dia 21 de Agosto foi de 0,02%, sendo de 0,06% no grupo etário dos 20 aos 29 anos, de 0,05% no grupo dos 10 aos 19 anos, de 0,02% no grupo dos menores de 10 anos. Os restantes grupos etários no conjunto apresentaram uma taxa

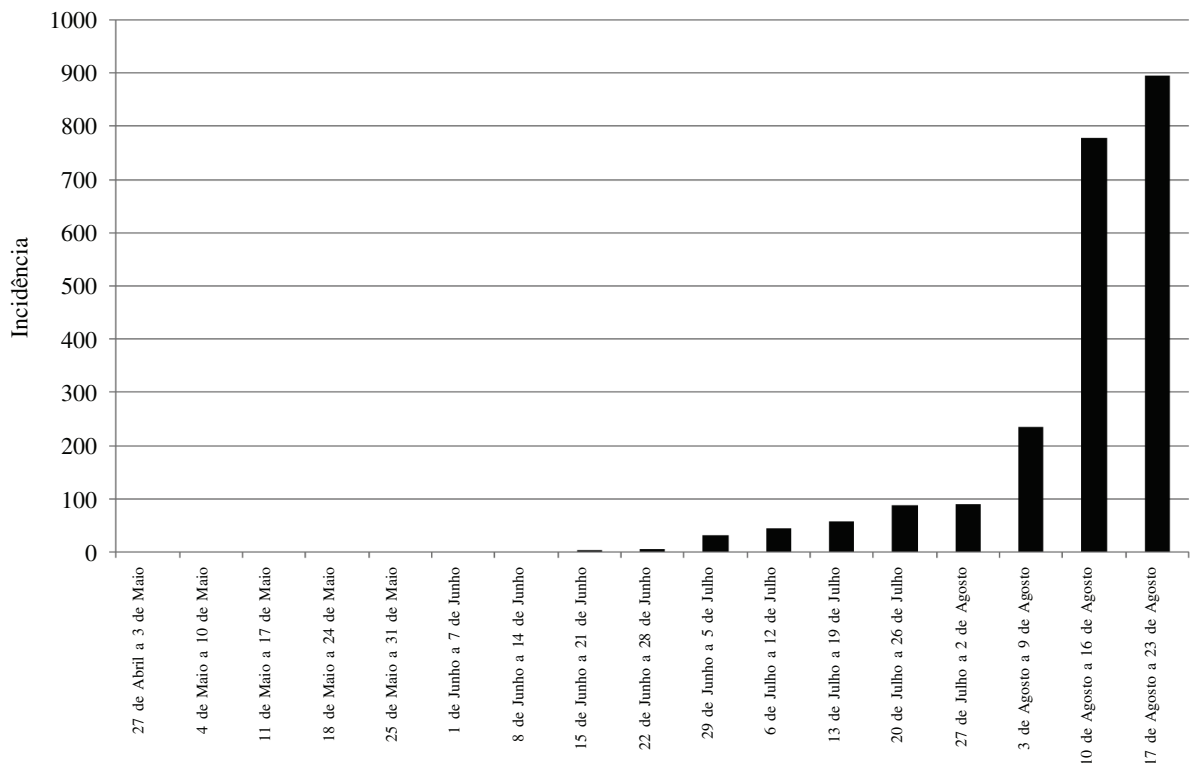
de ataque de 0,005%. Note-se que no grupo etário abaixo de 30 anos a taxa de ataque foi de 0,05%, isto é, 10 vezes superior à taxa de ataque dos maiores de 39 anos.

Relativamente ao grau de gravidade da doença verificou-se que 81% apresentou formas ligeiras da doença, 12% apresentaram formas moderadas, 1% tiveram quadros clínicos graves e em seis por cento foi desconhecida a gravidade da doença.

Os sintomas e sinais mais frequentes foram, por ordem decrescente, a febre (85%), a tosse (84%), as mialgias (66%), as cefaleias (55%), a odinofagia (50%), rinorreia (38%), artalgias (16%), diarreia (13%), vómitos (10%) e pneumonia (0,7%).

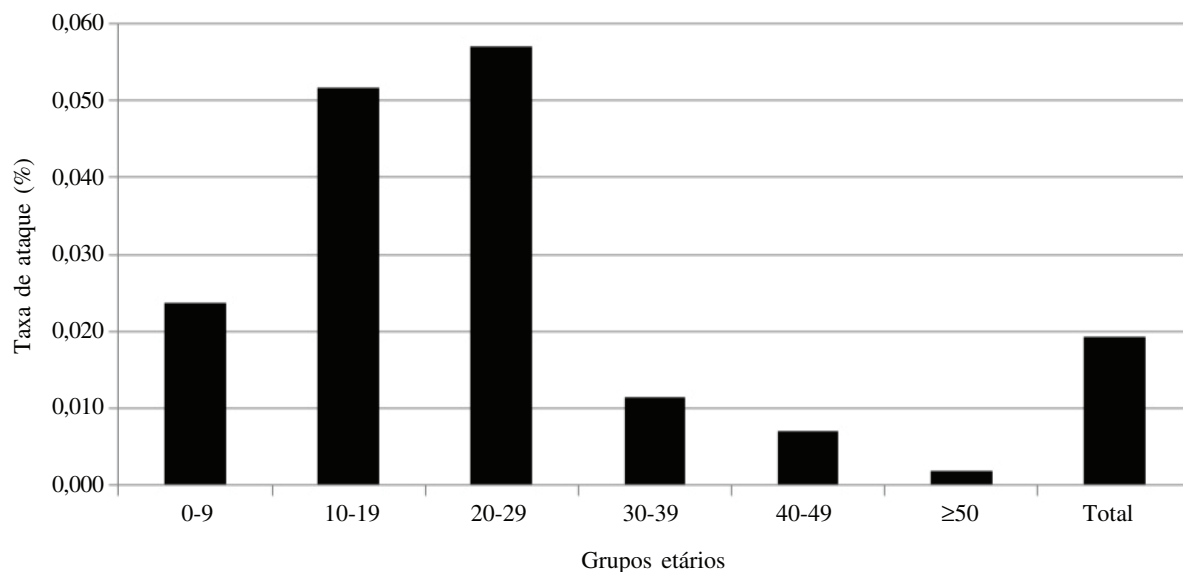
Sessenta e três por cento dos casos não necessitou de tratamento com antivirais, enquanto 32% fizeram terapêutica com oseltamivir, no entanto, desconhecese se cinco por cento dos casos fizeram terapêutica.

Figura 4
Incidência semanal de casos de gripe A (H1N1)



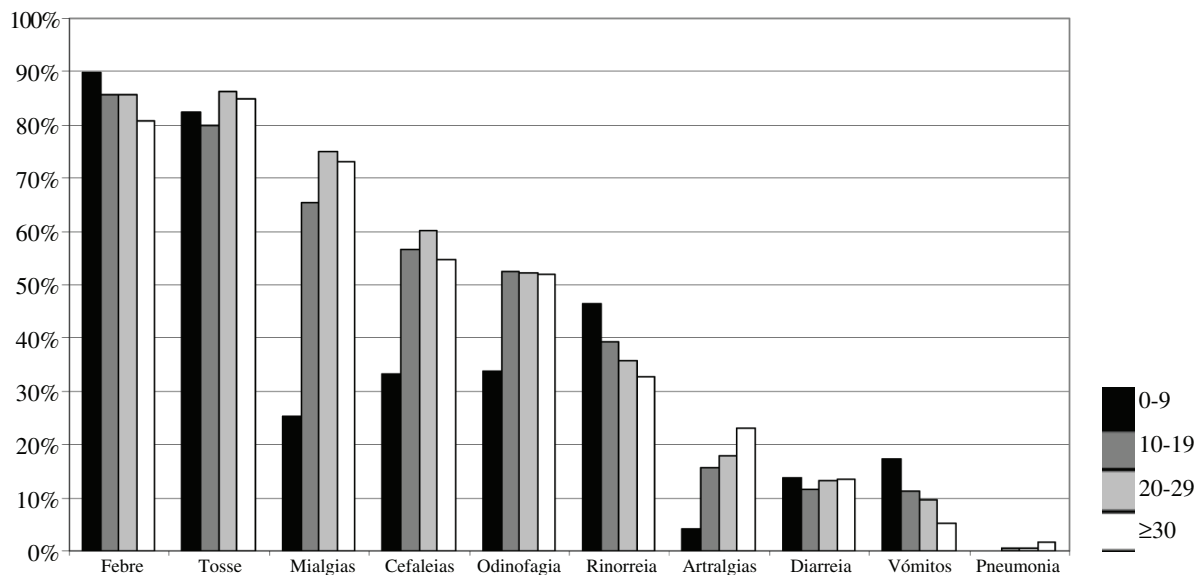
Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

Figura 5
Taxa de ataque de gripe A(H1N1) por grupo etário



Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

Figura 6
Frequência de sinais e sintomas por grupo etário



Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde, DGS, 2009.

5. Discussão e conclusões

A análise dos primeiros casos até ao final da fase de contenção mostra que da ocorrência de casos muito esporádicos começou a haver um incremento do número de casos na primeira semana de Agosto e que continuou em crescendo até ao final do mês. Esta evolução poderá ter estado associada ao início das férias com uma maior mobilidade dos jovens e a actividades de grupo próprias dos adolescentes e adultos jovens. Os casos importados foram de dois tipos: portugueses que regressaram de viagens ao exterior do país e estrangeiros que vieram fazer férias em Portugal. Na primeira situação destacam-se dois grupos: aqueles que realizaram férias familiares ou se deslocaram em trabalho e grupos de estudantes em viagens colectivas, particularmente finalistas. Por outro lado, poderá ter havido uma associação de uma parte importante de casos à participação em festivais de Verão e acampamentos.

Estes factos poderão explicar a menor taxa de ataque em idades inferiores a 10 anos, facto que não é sobreponível ao ocorrido em países que tiveram uma primeira onda epidémica (as actividades referidas não são próprias deste grupo etário e as escolas e infantários estavam encerrados em Portugal).

Aliás, provavelmente, um factor que contribuiu para o atraso da expressão epidémica em Portugal foi o aparecimento dos primeiros casos do ano numa altura em que as escolas estavam encerradas, impedindo, assim, a ocorrência de *clusters* escolares.⁸

As actividades de contenção desenvolvidas pelos delegados de saúde foram, provavelmente, um dos principais factores que podem explicar o atraso da epidemia em Portugal. A identificação exhaustiva dos doentes e seus contactos e respectiva quimioprofilaxia permitiu evitar o estabelecimento de cadeias de transmissão sustentadas na comunidade.

Apesar de se reconhecer a influência do clima (temperatura e humidade, sobretudo) na circulação do vírus da gripe, os efeitos climáticos das semanas quentes em Portugal, em pleno Verão, não podem, ainda, ser demonstrados. Tema que requer investigação posterior.

Apesar de grandes consumidoras de recursos humanos, as medidas previstas no plano de contingência para a fase de contenção surtiram os efeitos esperados permitindo aos serviços de saúde e à comunidade em geral prepararem-se melhor e para a administração de vacinas, facto que irá reduzir não só a morbidade mas, também, os casos graves e, em consequência a letalidade.

⁸ Os *clusters* escolares anteciparam e precederam a onda epidémica em países onde já ocorreu.

Comparativamente à generalidade dos países do hemisfério Sul e muitos do hemisfério Norte, não ocorreu uma actividade epidémica generalizada em Portugal, tendo decrescido a sua intensidade nas primeiras semanas da fase de mitigação para reaparecer a partir da 42.^a semana do ano.

□ Bibliografia⁹

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Saúde 24. Lisboa : Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 20 Outubro 2009]. Disponível em http://www.saude24.pt/PresentationLayer/home_00.aspx.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — Plano de contingência nacional do sector da saúde para a pandemia de gripe. 2.^a edição. [Em linha]. Lisboa : DGS, 2008. [Consult. 20 Outubro 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010835.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — Relatórios e comunicados semanais. [Em linha]. Lisboa : DGS, 2009. [Consult. 20 Outubro 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/2/default.aspx?pl=&id=5509&access=0&cpp=1>.

WHO — Outbreak communication : best practices for communicating with the public during an outbreak : report of the WHO Expert Consultation on Outbreak held in Singapore, 21–23 September 2004. Geneva : Communicable Disease Surveillance and Response. [Em linha]. [Geneva] : WHO, 2005. [Consult. 20 Outubro 2009]. Disponível em http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf.

WHO — Pandemic influenza preparedness and response : a WHO guidance document. [Em linha]. [Geneva] : WHO, 2009. ISBN 978 92 4 154768 0. [Consult. 20 Outubro 2009]. Disponível em <http://www.who.int/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>.

□ Abstract

2009 H1N1 FLU: THE TRANSITION FROM THE CONTAINMENT PHASE INTO THE MITIGATION ONE IN PORTUGAL

The authors report the transition from the containment phase into the mitigation one, according to the Portuguese experience. They further admit that the epidemic flu curve could be delayed, but not exactly contained. The cross line between the imported cases and those generated in Portugal supported the decision to step forward into the mitigation phase.

Keywords: pandemic flu; containment; mitigation phases.

⁹ Referências bibliográficas acessíveis em www.dgs.pt.