

A síndrome respiratória aguda grave e a importância da imunização contra h1n1**Serious acute respiratory syndrome and the importance of h1n1 immunization**

DOI:10.34117/basrv3n5-018

Recebimento dos originais: 10/09/2019

Aceitação para publicação: 17/10/2019

Raelson Ribeiro Rodrigues

Descrição: Acadêmico de Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Ildefonso Albano, 225 Ap 903, Meireles, Fortaleza - CE, Brasil

E-mail: raelsonrr@gmail.com

Jéssica Jamile Ribeiro Nogueira

Descrição: Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada em Pediatria com Ênfase em Cardiopulmonar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Endereço: Av. Jabaquara, 2286, bairro: Mirandópolis, São Paulo-SP, Brasil

E-mail: jessjrn@hotmail.com

Ana Beatriz Silva Viana

Descrição : Acadêmica de Enfermagem e Integrante da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço : Travessa Ubajara, 42, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, Brasil

E-mail: absilva60@gmail.com

Carla Nayanna Alves Lima

Descrição: Assistente Social, especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social

Instituição: Graduação Faculdade de Fortaleza-FAFOR. Especialização pela Faculdade Ratio

Endereço: Rua 307, 260 - conjunto São Cristóvão, bairro: Jangurussu – Fortaleza – CE, Brasil

E-mail: carlanayanna@hotmail.com

Glaubervania Alves Lima

Descrição: Acadêmica de Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Endereço: Rua 307, 260, conjunto São Cristóvão, bairro: Jangurussu – Fortaleza – CE, Brasil

E-mail: glaubervanialima@hotmail.com

RESUMO

As doenças respiratórias agudas são responsáveis por grande parte das internações nos países de alta renda, sendo a maioria das infecções (80%) de etiologia viral. A influenza é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus A, B, C e D. O vírus A está associado a epidemias e pandemias. É um vírus de comportamento sazonal e tem aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias, podendo haver anos com menor ou maior circulação do vírus. Análise crítica, composta de 3 artigos, advindos da base de dados LILACS, de 2015 a 2019, sem restrição de faixa etária, com foco nos grupos prioritários. Foi evidenciado que a influenza A (H1N1) está diretamente relacionado à hospitalização por infecções do trato respiratório. Torna-se evidente a necessidade da atenção à saúde dos grupos prioritários para a imunização, visando promover a sensibilização dos indivíduos e familiares para a adesão à campanha de imunização.

Palavras-chave: Síndrome Respiratória Aguda Grave, Imunização, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Acute respiratory diseases are responsible for most hospitalizations in high-income countries, with the majority of infections (80%) of viral etiology. Influenza is an acute respiratory infection caused by viruses A, B, C and D. Virus A is associated with epidemics and pandemics. It is a virus with seasonal behavior and has an increase in the number of cases between the colder climatic seasons, and there may be years with smaller or larger circulation of the virus. Critical analysis, consisting of 3 articles from the LILACS database, from 2015 to 2019, without age restriction, focusing on priority groups. Influenza A (H1N1) has been shown to be directly related to hospitalization for respiratory tract infections. The need for health care of priority groups for immunization becomes evident, aiming to promote the awareness of individuals and family members for adherence to the immunization campaign.

Keywords: Severe Acute Respiratory Syndrome, Immunization, Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias agudas são responsáveis por grande parte das internações nos países de alta renda, sendo a maioria das infecções (80%) de etiologia viral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de oito milhões de crianças menores de cinco anos de idade evoluíram a óbito em 2008 por infecções agudas de trato respiratório inferior (IATRI) (MONTEIRO, 2016).

A influenza é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus A, B, C e D. O vírus A está associado a epidemias e pandemias. É um vírus de comportamento sazonal e tem aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias, podendo haver anos com menor ou maior circulação do vírus. Habitualmente em cada ano circula mais de um tipo de

influenza concomitantemente (exemplo: influenza A (H1N1)pdm09, influenza A (H3N2) e influenza B) (BRASIL, 2019).

Algumas pessoas, como idosos, crianças, gestantes e pessoas com alguma comorbidade, possuem um risco maior de desenvolver complicações devido à *influenza*. A melhor maneira de se prevenir contra a doença é vacinar-se anualmente (BRASIL, 2018).

A vacina é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus *influenza*, reduzindo o agravamento da doença. A estratégia de vacinação na rede pública de saúde foi sendo ampliada e, atualmente, a vacinação é indicada para indivíduos com 60 anos ou mais de idade, crianças na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), gestantes, puérperas (até 45 dias após o parto), trabalhadores da saúde, povos indígenas, grupos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde com sociedades científicas), adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional e professores das escolas públicas e privadas (BRASIL, 2018).

É recomendada vacinação anual contra *influenza* para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores. Esta recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior (BRASIL, 2018).

Para Brasil (2019), é considerado um caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em hospitalizados, o indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independentemente de internação. Ceará (2019) complementa que o indivíduo apresenta piora nas condições clínicas de doença de base, aumento na frequência respiratória avaliada de acordo com a idade, hipotensão em relação à pressão habitual do paciente ou indivíduo de qualquer idade com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda, durante período sazonal.

Apesar de a humanidade ter ganhado diversas batalhas, tais como a erradicação de varíola, nunca estaremos completamente livres dos desafios de vírus emergentes. A globalização tem aumentado o risco de transmissão viral generalizada rapidamente (WEI, 2016).

Segundo Monteiro (2016), os vírus da influenza e da parainfluenza são importantes agentes etiológicos dessas infecções, podendo o vírus da influenza ser responsável por 64% das

pneumonias de origem viral adquiridas na comunidade, e suas complicações se refletem em um volume importante de internações hospitalares no Brasil.

A vacina é o principal mecanismo de prevenção da influenza e suas complicações para a saúde (MONTEIRO, 2016), o que corrobora com a afirmação de Brasil (2019), que considera a vacinação uma das principais medidas preventivas para influenza, tendo ocorrido no período de 20 de abril a 31 de maio de 2019 a 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe. O dia 04 de maio é considerado o dia de mobilização nacional.

Deve-se salientar que ocorreram duas mudanças em relação à vacina trivalente indicada para a temporada de 2019 (cepas A/Switzerland/8060/2017 (H3N2) e B/Colorado/06/2017 (linhagem B/Victoria/2/87)). Em virtude dessas mudanças, reforça-se necessidade e importância da vacinação na campanha em 2019 (BRASIL, 2019).

Em 2009 – ano da pandemia do vírus da influenza A (H1N1) pdm09 –, especificamente no Brasil, a letalidade por influenza A foi de 5,8%, e a incidência, de 14,5/100 mil habitantes (MONTEIRO, 2016).

O aumento de internações e atendimentos ambulatoriais motivados pelas infecções respiratórias agudas pode variar conforme a região do país, clima e sazonalidade, o que torna importante conhecer e monitorar seu perfil epidemiológico para definir prioridades na destinação de recursos humanos e financeiros (MONTEIRO, 2016).

Justifica-se o estudo pela relevância do tema para a saúde pública, além de alertar a comunidade da ciência da saúde e categorias afins a necessidade de atenção a esses grupos vulneráveis.

Visa-se o direcionamento do atendimento especializado e com olhar diferenciado para a imunização dos grupos prioritários, reforçando a necessidade da intensificação de campanhas de sensibilização para a relevância da vacinação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de análise crítica, realizada de julho a setembro de 2019, acerca da relação entre vacinação contra influenza A(H1N1)pdm09 e a Síndrome Respiratória Aguda Grave no contexto mundial, nacional e local (Fortaleza/CE). Para uma melhor contextualização e análise, buscas eletrônicas foram realizadas nas bases de dados LILACs, SCIELO e MEDLINE, através do cruzamento dos descritores “Síndrome Respiratória Aguda Grave”, “Saúde da Criança”, “Imunização”, “Promoção da Saúde”.

Foram considerados como critérios de inclusão para a seleção dos artigos: estarem disponíveis na íntegra; que contemplassem os descritores; e estivessem disponíveis em

português, inglês e espanhol. Ressalta-se que estudos que analisavam outras temáticas não relacionadas foram excluídos. Foram analisados os textos completos, dos quais eram extraídas informações relevantes para o estudo. No total, foram utilizados 3 artigos. Também foram consultadas informações contidas nos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, além de sites e livros referenciados durante a pesquisa.

Em seguida, para uma melhor análise, realizou-se a divisão em duas categorias. A primeira referente a Síndrome Respiratória Aguda Grave no cenário mundial, nacional e local; as políticas públicas e a Promoção da Saúde das populações de risco.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A SRAG NO CENÁRIO MUNDIAL, NACIONAL E LOCAL

Wei (2016) afirma que o vírus H1N1 foi derivado de algumas circulações de viroses suínas na América do Norte e então importado para a China, resultando em 128.033 casos confirmados laboratorialmente (805 mortes), mas, felizmente, com uma taxa de mortalidade relativamente baixa (0,6%).

Wei (2016) relata também que a “tragédia de SRAG”, como assim a chama, trouxe imensa dor sobre a China e o mundo. Então, percebendo os efeitos devastadores de epidemias emergentes, o governo chinês recomendou o desenvolvimento assíduo de um controle sistemático de doenças infecciosas, sendo a primeira nação a vacinar toda a população contra o vírus H1N1.

Até 2013, departamentos de doenças infecciosas tinham sido instalados em 2.243 hospitais chineses. De 2004 a 2012, o número de leitos e médicos infectologistas registrados aumentou em 64% e 58%, respectivamente. Em 2007, o programa nacional de imunização aumentou o número de vacinações grátis de 6 para 14. Em 2014, o sistema básico de saúde chinês cobriu > 96% da população chinesa. Ademais, a China tem construído o maior sistema de notificação eletrônico de doenças infecciosas emergentes e saúde pública do mundo, permitindo a notificação de 37 doenças notificáveis e reduzindo o prazo de notificação de 5 dias para 4 horas. Conseqüentemente, o sistema de saúde pública chinês tem crescido bastante, melhorando a habilidade de lutar contra epidemias emergentes (WEI, 2016).

Buda (2017) relata que, em um estudo de 2013, 47 locais sentinelas incluíram 2,4% de todos os hospitais da Alemanha e localizavam-se em 13 dos 16 estados federais. Nestes hospitais, durante o período de estudo, da semana 01 de 2012 à semana 20 de 2016, crianças abaixo de 5 anos totalizaram 45% dos casos diagnosticados com doença aguda do trato respiratório superior.

Aliadas às estratégias de vacinação, igualmente é de grande importância a adoção de medidas de prevenção e controle para *influenza* e o monitoramento dos dados de circulação dos vírus. A Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis, por meio da área técnica de *influenza*, monitora os dados epidemiológicos da *influenza* semanalmente, elaborando Boletins Epidemiológicos (BRASIL 2018).

Mesmo com os avanços das ações de controle e prevenção para *influenza* no Brasil, ainda observa-se mortalidade elevada por *influenza*. No Brasil, até a Semana Epidemiológica (SE) 52 de 2017 foram notificados 22.499 casos de SRAG, sendo 18.036 (80,2%) com a mostra processada. Destas, 14,9% (2.691/18.036) foram classificadas como SRAG por *influenza* e 21,3% (3.841/18.036) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de *influenza*, 48 (1,8%) eram *influenza* A(H1N1)pdm09, 243 (9,0%) *influenza* A não subtipado, 734 (27,3%) *influenza* B e 1.666 (61,9%) *influenza* A(H3N2) (BRASI, 2018).

Em um estudo realizado em Belo Horizonte (MONTEIRO, 2016), realizado entre 2011 e 2013 com 5.158 pacientes, foi feita a coleta laboratorial apenas nos casos notificados (n= 3.992), dos quais 691 tiveram seus casos confirmados com a coleta de material laboratorial, sendo também constatado que o vírus da *influenza* circulou em todas as estações do ano, tendo sua incidência aumentada no mês de maio e picos em junho e julho, sendo o subtipo A(H3N2) o que mais infectou pessoas nos extremos de idade.

Corroborando com esse achado os dados epidemiológicos do Ceará (2019), que relata maior ocorrência de casos de SRAG pelo vírus da *influenza* principalmente no segundo trimestre de 2018.

No Ceará, até 06 de junho de 2019, foram notificados 550 casos de SRAG. Destes, 0,8% (44/550) foram causados pelo vírus *Influenza* A H1N1_(pmd09), 8,9% (49/550) pelo vírus da *Influenza* A H3/sazonal, 1,1% (6/550) pelo vírus *Influenza* A não subtipado, 4,7% (26/550) por *Influenza* B, 13,3% (73/550) pelo VSR, 0,5% (3/550) por parainfluenza 3, 0,9% (5/550) rinovírus, 0,5% (3/550) adenovírus, 0,4% (2/550) metapneumovírus; em um (0,2%) dos casos de SRAG houve a identificação de dois agentes etiológicos, parainfluenza 3 e rinovírus. Tiveram como encerramento não especificado 38,7% (213/550) dos casos e 22,9% (126/550) estão em investigação (CEARÁ, 2019).

Quadro 1. Distribuição dos casos de SRAG segundo agente etiológico, Ceará, 2019*

SRAG	2018		2019*	
	n	%	n	%
Influenza	447	33,8	125	22,7
<i>A H1N1</i>	308	23,3	44	8,0
<i>A H3/sazonal</i>	23	1,7	49	8,9
<i>A não subtipado</i>	14	1,1	6	1,1
<i>B</i>	102	7,7	26	4,7
Outros vírus respiratórios	9	0,7	86	15,6
<i>Vírus Sincicial Respiratório (VSR)</i>	6	0,5	73	13,3
<i>Parainfluenza 2</i>	1	0,1	0	0,0
<i>Parainfluenza 3</i>	1	0,1	3	0,5
<i>Metapneumovirus</i>	1	0,1	2	0,4
<i>Adenovírus</i>	0	0,0	3	0,5
<i>Rinovírus</i>	0	0,0	5	0,9
Outros agentes etiológicos	3	0,2	0	0,0
Não especificado	864	65,3	213	38,7
Em investigação*	0	0,0	126	22,9
Total	1323	100,0	550	100,0

Fonte: SESA/COVIG/NUVEP/Sivep-Gripe. *Dados sujeitos a revisão, atualizados em 06/06/2019.

Os sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes com infecção por vírus respiratório confirmada laboratorialmente foram febre (n=4.794), tosse (n=4.559) e dispneia (n=4.480). A frequência desses sintomas foi semelhante em pacientes infectados por influenza e pelos demais vírus. Os sintomas de dor de garganta e mialgia foram encontrados em maior proporção por pacientes infectados pelo vírus influenza (MONTEIRO, 2016).

Para evitar a gripe ou a sua transmissão também deve-se fazer uso de medidas preventivas 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 o contato com superfícies potencialmente contaminadas (corrimãos, bancos, maçanetas etc.). Manter hábitos saudáveis como alimentação balanceada, ingestão de líquidos e atividade física. Pessoas com síndrome gripal devem evitar contato direto com outras pessoas, abstendo-se de suas atividades de trabalho, estudo, sociais ou aglomerações e ambientes coletivos (BRASIL, 2019).

Monteiro (2016) afirma que a vigilância intensificada de vírus respiratórios em pacientes internados teve grande importância para o conhecimento da circulação viral no município e respectiva região metropolitana. Informa também que há a possibilidade de que tenha ocorrido subnotificação, principalmente devido aos casos que recebiam alta nas unidades de pronto atendimento – UPA – e tornavam desnecessária sua transferência para o hospital, sendo recomendado que esses pacientes sejam igualmente notificados e sua evolução considerada como cura, uma vez que não houve internação.

Os resultados dessa vigilância mostraram a importância da equipe de epidemiologia em nível hospitalar (MONTEIRO, 2016).

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e pela vigilância sentinela da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes hospitalizados (BRASIL, 2019).

A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, permitir o monitoramento da demanda de atendimento dos casos hospitalizados e óbitos para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (BRASIL, 2019).

Até a SE 11 de 2019, as unidades sentinelas de SG coletaram 4.150 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Dessas, 63,3% (2.626/4.150) possuem resultados inseridos no sistema, 20,3% (534/2.626) tiveram resultados positivo para vírus respiratórios, das quais 33,5% (178/534) foram positivos para influenza foram positivos para influenza e 66,7% (356/534) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 37,0% (66/178) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 50,5% (90/178) de influenza B, 7,8% (14/178) de influenza A não subtipado e 4,5% (8/178) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação de Vírus Sincicial Respiratório (VSR), 52,5% (187/356). Em relação às regiões, observa-se o predomínio da identificação de vírus influenza A(H1N1)pdm09 na região Norte (BRASIL, 2019).

Até a SE 11 de 2019 foram notificados 3.776 casos de SRAG hospitalizados. Desses, 6,1% (232/3.776) foram classificados como SRAG por influenza e 13,2% (499/3.778) como outros vírus respiratórios. (BRASIL, 2019)

Dentre os casos de influenza subtipado até o momento, 7,8% (145/184) eram influenza A(H1N1)pdm09, 3,8% (7/184) influenza A(H3N2), 2,2% (4/184) influenza A não subtipado e 15,2% (28/184) influenza B. os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 16 anos, variando de 0 a 90 anos (BRASIL, 2019).

Região/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros vírus respiratórios		SRAG por outro agente respiratório		SRAG não especificado		Em investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	125	38	121	12	3	1	319	23	290	2
RODÓDIA	3	3	0	0	0	0	5	2	5	0
ACRE	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0
AMAZONAS	113	31	119	12	3	1	282	14	201	1
RODÁLIA	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1
PABÁ	7	3	2	0	0	0	20	4	38	0
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0
TOCANTINS	2	1	0	0	0	0	9	2	4	0
NORDESTE	17	2	42	3	0	0	100	17	782	10
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	8	2	17	1
PIAUÍ	0	0	0	0	0	0	2	0	65	2
CEARÁ	4	0	18	1	0	0	41	9	50	1
RIO GRANDE DO NORTE	0	0	1	0	0	0	5	2	21	2
PARÁIBA	0	0	1	1	0	0	3	1	23	1
PERNAMBUCO	8	0	0	0	0	0	58	0	554	3
ALAGOAS	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0
SERGIPA	2	0	4	0	0	0	16	1	10	0
BAHIA	1	0	18	1	0	0	27	2	21	0
SUDESTE	60	2	57	2	7	0	432	67	352	6
MINAS GERAIS	9	0	9	1	1	0	115	22	60	0
ESPÍRITO SANTO	0	0	1	0	0	0	8	0	16	0
RIO DE JANEIRO	2	0	13	1	1	0	51	11	25	1
SÃO PAULO	49	2	34	0	5	0	258	34	251	5
SUL	23	7	70	4	2	1	300	55	86	1
PARANÁ	11	5	57	4	2	1	182	38	63	0
SANTA CATARINA	5	1	5	0	0	0	52	6	4	0
RIO GRANDE DO SUL	7	1	8	0	0	0	66	11	19	1
CENTRO OESTE	7	1	209	10	0	0	200	20	132	6
MATO GROSSO DO SUL	1	1	54	6	0	0	41	2	20	0
MATO GROSSO	1	0	0	0	0	0	1	0	13	4
GOIÁS	1	0	59	4	0	0	50	13	54	2
DISTRITO FEDERAL	4	0	30	0	0	0	108	5	45	0
BRASIL	232	50	499	31	12	2	1411	182	1022	25

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alteração.

TABELA 1 - Distribuição de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados, por Classificação final. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 11 de 2019.

Fonte: BRASIL, 2019.

Parte importante dos profissionais das unidades de saúde contribuiu com a vigilância intensificada de SRAG, possibilitando a coleta adequada e oportuna. A estratégia de incluir pacientes das UPA que aguardavam vaga de internação foi importante pela oportunidade de realizar a coleta e iniciar o tratamento com o antiviral mais precocemente. A centralização da coleta nas equipes do serviço de atendimento domiciliar – SAD –, treinadas à época da pandemia do vírus da influenza A 9H1N1) pdm9, potencializou a coleta adequada, evitando perda dessas amostras (MONTEIRO, 2016).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA IMUNIZAÇÃO

A atenção básica é o contato preferencial de acesso da população aos serviços de saúde, com ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É fundamental que os profissionais realizem de modo oportuno a captação, avaliação, cuidado, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com SG. Assim, é necessário que seja organizado fluxo de atendimento da demanda espontânea, buscando identificar os indivíduos com suspeita de influenza antes do seu agravamento, observando as recomendações presentes no Protocolo de Tratamento de Influenza vigente. É importante que se atente para os critérios e sinais de alerta que indiquem a necessidade de

encaminhamento para hospital de referência ou conforme fluxo definido na localidade, bem como a especial atenção aos indivíduos com idade acima de 60 anos, gestantes, crianças e pessoas com diagnósticos de doenças crônicas. Cabe também à atenção básica monitorar o acesso dos indivíduos que foram referenciados para outros serviços de saúde (BRASIL, 2019);

É possível melhorar a capacidade de resposta do serviço com a implementação e/ou fortalecimento de núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar – NUVEH – preparados para a detecção precoce da alteração do padrão de circulação do vírus, especialmente do vírus da influenza, mutável e capaz de provocar epidemias e pandemias. Campanhas de vacinação prolongadas, preconização do uso de terapia antiviral precoce e atendimento diferenciado a grupos de risco também podem ser estratégias eficientes na redução da mortalidade entre esses grupos (MONTEIRO, 2016).

Segundo Ceará (2019), até o dia 06 de junho de 2019, onde haviam sido completos 57 dias após o início da campanha vacinal, da meta estipulada em 703.164 doses a serem aplicadas em crianças de 6 meses a 5 anos de idade já haviam sido aplicadas 600.122, correspondendo a 85,3%, conforme quadro abaixo

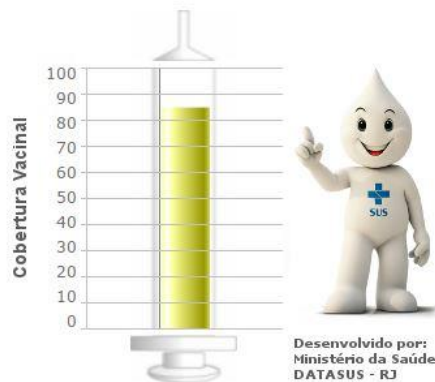
Quadro 4. CV nos grupos prioritários para vacinação, na Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, Ceará, 2019*

GRUPOS PRIORITÁRIOS	META	DOSES APLICADAS	CV(%)
6 meses a <2 anos	189.410	189.354	100,0
Crianças	383.098	299.901	78,3
2 anos a <5 anos	130.656	110.867	84,9
5 anos	94.702	83.005	87,6
Gestantes	182.907	158.277	86,5
Trabalhadores de Saúde	15.570	14.506	93,2
Puérperas	26.071	24.767	95,0
Indígenas	924.727	838.524	90,7
Idosos	135.181	118.234	87,5
Professores	415.155	357.866	86,2
Comorbidades	30.699	4.586	14,9
Privados de liberdade/	3.417	4.848	141,9
Adolescentes e jovens sob medidas socioeducativa	31.852	13.902	43,6
Funcionários do sistema prisional	31.852	13.902	43,6
Policiais civis, militares, bombeiros e Forças Armadas	2.563.445	2.218.637	86,5
TOTAL			

Fonte: Ministério da Saúde, 2019. sipri.datasus.gov.br. Acesso em 06/06/2019 às 8h50min. *Dados preliminares, sujeitos à alteração

Há equivalência entre porcentagens dos parâmetros nacionais e locais. Conforme SIPNI (2019), a taxa de vacinação entre criança acima de 06 meses a menores de 05 anos nacional equivale à encontrada em Fortaleza.

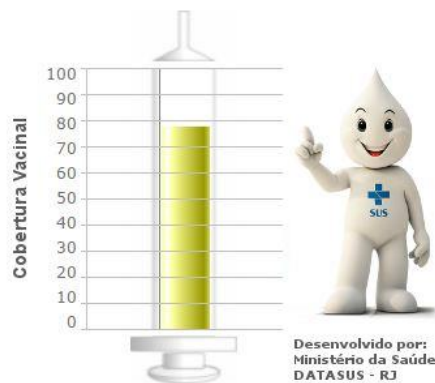
Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2019 VACINÔMETRO



População	15.515.474
Doses Aplicadas	13.136.082
Cobertura Vacinal	84,86%
População Alvo	Crianças
Total Nacional	
Este total de doses aplicadas refere-se a soma das doses administradas em crianças indígenas e não indígenas, de 6 meses a 4 anos	

Fonte: SIPNI/DATASUS/MS.

Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2019 VACINÔMETRO



População	190.986
Doses Aplicadas	148.136
Cobertura Vacinal	77,57%
População Alvo	Crianças
Região	NORDESTE
Nível	MUNICIPAL
UF	23 - CEARÁ
Macro Regional	38 - MR-CE
Regional	1 - FORTALEZA
Município	230440 - FORTALEZA
Este total de doses aplicadas refere-se a soma das doses administradas em crianças indígenas e não indígenas, de 6 meses a 4 anos	

Fonte: SIPNI/DATASUS/MS.

Ressalta-se a necessidade da oportuna notificação dos casos para uma boa resposta epidemiológica e orientação da tomada de decisão dos gestores, no que se refere as ações de prevenção e controle da influenza (BRASIL, 2019).

A identificação e isolamento precoce são imperativos para o controle de doenças infecciosas (WEI, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imunização é fundamental para a proteção individual e coletiva dos grupos de maior exposição e menor competência imunológica. Entretanto, é essencial a sensibilização da população para a adesão às campanhas e busca pelas unidades de saúde. Através da imunização, diversas complicações podem ser evitadas, diminuindo os prejuízos para o indivíduo e para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os grupos sociais prioritários, principalmente crianças e idosos, são dependentes de outros, o que dificulta o acesso à vacinação, sendo essencial o papel das Unidades Básicas de

Saúde e a equipe de Estratégia da Saúde, através das visitas domiciliares. Além do mais, a conversa direta entre os profissionais de saúde e as famílias, para a informação e sensibilização dos indivíduos.

A adesão às campanhas nacionais de imunização tem crescido, entretanto, ainda não é suficiente para contemplar a totalidade da população, sendo necessário um esforço maior por parte dos profissionais.

Faz-se necessário o envolvimento de profissionais de saúde no desenvolvimento de pesquisas relacionadas às infecções respiratórias, principalmente envolvendo as multiprofissões envolvidas no cuidado do indivíduo, família e comunidade. É papel da Enfermagem se envolver com as famílias, desenvolver a sensibilização, trazendo-os para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações técnicas e recomendações sobre a sazonalidade de influenza 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019, 6p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 11 de 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019, 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento de Influenza 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2018, 49 p.

BUDA, Silke; *et al.* Establishing na ICD-10 code based SARI – surveillance in Germany – description of the system and first results from five recent influenza seasons. **BMC Public Health**, v. 17, n.612, 2017, 13p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Boletim Epidemiológico Influenza. Secretaria de Saúde. Ceará : Governo do Estado do Ceará, 2019, 7 p.

SIPNI. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2019 Vacinômetro**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/vacinometroInfluenza.jsf>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

Brazilian Applied Science Review

MONTEIRO, Cristiane Campos; DEZANET, Lorenza Nogueira Campos, FRANÇA, Elisabeth Barboza. Monitoring respiratory virus infection in the metropolitan area of Belo Horizonte, Brazil, 2011-2013. Brasília : **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 25, n. 2, p. 233-242, abr-jun, 2016.

WEI, Pengfel; CAI, Zelang; HUA, Jinwen; YU, Weijia; *et al.* Pains and Gains from China's Experiences with Emerging Epidemics: From SARS to H7N9. **BioMed Research International**, v. 2016, 6p.