



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**MONITORAMENTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES IDOSOS
EM RELAÇÃO A VACINA DA INFLUENZA TIPO B.**

Autora: Dra Nevis Mercedes Quintana Goyanes

Orientador: Vanessa Baliego De Andrade Barbosa

SÃO PAULO, BRASIL

2015

1. Introdução:

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais ⁽¹⁾. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada que, ao falar, tossir ou espirrar, contamina as superfícies; após contato das mãos com esses locais recém contaminados, uma pessoa saudável pode levar o agente infeccioso direto à boca, aos olhos e ao nariz⁽²⁾.

Os vírus influenza são da família dos Ortomixovírus e subdividem-se em três tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica, podendo sofrer mutações. Os vírus A e B são responsáveis por epidemias de doenças respiratórias que ocorrem em quase todos os invernos, com duração de quatro a seis semanas e frequentemente associadas ao aumento das taxas de hospitalização e morte ⁽³⁾.

A maioria das pessoas infectadas se recupera dentro de uma a duas semanas, sem a necessidade de tratamento médico. No entanto, a infecção pode levar crianças muito pequenas, idosos e portadores de quadros clínicos especiais às formas clinicamente graves, à pneumonia e à morte.

Os casos graves da doença evoluem para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), levando até mesmo ao óbito. Essas complicações são bem mais comuns entre menores de 2 anos, idosos, gestantes e pessoas com história de patologias crônicas, podendo elevar as taxas de morbimortalidade nesses grupos específicos.

No Brasil, a epidemia iniciou-se em setembro de 1918, após desembarque de marinheiros doentes em Recife, provenientes de Dakar. A partir da capital pernambucana disseminou-se para outros estados, seguindo a região litorânea do país, atingindo aproximadamente 65% da população, com 35.240 óbitos estimados ⁽⁴⁾.

Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um sistema de vigilância epidemiológica de influenza em todos os continentes. Ainda assim, outros surtos pandêmicos ocorreram.

A pandemia de influenza de 1957-58, também conhecida como “Gripe Asiática”, foi responsável por aproximadamente um milhão de óbitos em todo o mundo. Foi causada pelo vírus A/Singapura/1/57 (H2N2), com a emergência de Hemaglutinina e Neuraminidase diferentes de todos os tipos que circularam previamente. Em abril de 1957, a doença foi registrada em Hong Kong e Singapura e, posteriormente, no Japão, Indonésia, Filipinas e Indochina. Em maio e junho, a epidemia atingiu Madras, Bombaim e Nova Delhi. Em algumas áreas, 10% a 20% da população foram atingidas⁽⁵⁾.

Grande parte dos pacientes com influenza, especialmente adultos, não procuram auxílio médico, ou quando o fazem não tem o diagnóstico confirmado. Atualmente, com a possibilidade do uso de antivirais, o diagnóstico precoce e de certeza é fundamental.

Entretanto, o diagnóstico clínico, em todos os grupos etários, é difícil e impreciso. Em adultos com síndrome gripal clássica, num período de epidemia, o diagnóstico clínico pode ter uma acurácia de 60 a 70%. Já em crianças, idosos, indivíduos de risco, esta acurácia pode ser menor⁽⁶⁾.

Um estudo com idosos internados mostrou que a presença de tosse, febre acima de 38° e doença com duração de até sete dias foram as melhores características para diagnosticar influenza, com sensibilidade de 78% e especificidade de 74%⁽⁷⁾.

A confirmação laboratorial de influenza é importante para medidas de controle da infecção e para otimizar o tratamento. Além disso, o diagnóstico específico pode limitar o uso indiscriminado de antibióticos. As amostras de secreção nasofaríngea, obtidas por swab ou aspirado nasal, devem ser obtidas preferencialmente durante as primeiras 72 horas de doença, uma vez que a quantidade eliminada de vírus diminui após este período.

Nas últimas décadas, a imunização anual contra influenza tem sido a principal medida para a profilaxia da doença e redução da morbimortalidade. As vacinas inativadas contra influenza são imunogênicas e apresentam efeitos adversos mínimos⁽⁸⁾. Uma vacina de vírus atenuado foi licenciada nos EUA. É uma vacina trivalente de vírus vivos atenuados adaptados ao frio (LAIVT) e foi liberada

para o uso em crianças e adultos saudáveis na faixa etária de 5 a 49 anos de idade (9).

As vacinas são alteradas anualmente, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Elas contêm três cepas de vírus, sendo uma influenza A H3N2, uma influenza A H1N1 e uma B⁽¹⁰⁾.

A vacina contra o vírus influenza deve ser aplicada anualmente sempre nos meses de outono, antes do período epidêmico do vírus que geralmente ocorre no inverno. É aprovada acima dos 6 meses de vida⁽¹¹⁾.

Assim como na América do Norte e na Europa Ocidental, encontram-se licenciados no Brasil dois tipos de vacinas inativadas contra influenza: as vacinas do tipo split, fragmentadas pela exposição a detergentes e purificadas de forma a conter os antígenos de superfície do vírus e algumas nucleoproteínas virais e as vacinas sub-unitárias, as quais contêm apenas as proteínas de superfície hemaglutina e neuraminidase. De modo geral, as vacinas do tipo split e as vacinas subunitárias induzem resposta sorológica semelhante, mas alguns autores argumentam que as vacinas fragmentadas são mais imunogênicas por também conterem antígenos internos dos vírus influenza⁽¹²⁾.

O projeto tem como objetivo monitorar as doenças respiratórias em pacientes idosos com relação a vacina de influenza tipo B. Será desenvolvido com os idosos da UBS Morro Azul do município de Limeiras com uma população cadastrada de 2 781 pacientes.

2. Objetivos:

Objetivo Geral:

Registrar a frequência, quantidade e tipos de doenças respiratórias que afetam a pacientes idosos que foram imunizados com a vacina da Influenza Tipo B(ITB).

Objetivos Específicos:

- Quantificar a população de idosos maiores de 60 anos imunizados com a vacina ITB no prazo de 1 ano (período de 2015).
- Distribuir a população idosa vacinada por faixas etárias.
- Analisar no período de um ano a quantidade de idosos que ficaram doentes, assim como qual doença respiratória foi apresentado por cada faixa etária.
- Definir a frequência de doenças respiratórias em pacientes vacinados desse segmento populacional.

3. Metodologia:

3.1 Cenário de intervenção:

O estudo será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Morro Azul, município de Limeira no estado de São Paulo.

3.2 Sujeitos envolvidos:

A UBS Morro Azul possui uma quantidade de 2 781 pacientes cadastrados. Os sujeitos serão os pacientes cadastrados que tenham acima de 60 anos.

Devem-se quantificar aqueles que foram imunizados com a vacina da Influenza Tipo B. Os pacientes maiores de 60 anos que não foram vacinados serão automaticamente descartados para a investigação.

O período de investigação será o ano 2014. É por isso que os sujeitos envolvidos serão:

- População cadastrada na UBS Morro Azul
- Maior de 60 anos de idade
- Vacinada contra Influenza Tipo B
- No período de 2014

3.3 Estratégias e ações:

1. Será realizado uma classificação da população idosa da UBS e distribuição por faixa etária.
 - Faixa 1. 60 a 65 anos vacinados em 2014.
 - Faixa 2. 66 a 70 anos vacinados em 2014.
 - Faixa 3. 71 a 75 anos vacinados em 2014.
 - Faixa 4. 76 a 85 anos vacinados em 2014.
 - Faixa 5. 86 a mais vacinados em 2014.

Nessa classificação por faixa etária também se tomará em conta os idosos que foram vacinados contra a Influenza Tipo B. Se não foram vacinados serão excluídos automaticamente da amostra.

2. A segunda fase consistirá em fazer a revisão dos prontuários médicos dos pacientes que formam parte do estudo. Serão coletados os dados das doenças respiratórias que afetaram aos pacientes. Essas doenças serão classificadas por tipo e grau de complexidade.
3. Será feito uma correlação das faixas etárias e as principais doenças respiratórias que afetam aos idosos vacinados.
4. A última fase consistirá em desenvolver um plano educativo para idosos em base aos dados obtidos no levantamento da informação, com o qual serão expostos os benefícios que representa para as pessoas da idade avançada receber a vacina.

3.4 Avaliação e monitoramento:

Os pacientes idosos analisados não serão monitorados porque representa um estudo de um período passado. Mas a investigação serve como análise das doenças que ainda podem ser evitadas com a vacina e aquelas que têm maior incidência na população idosa.

Com a relação que será feita entre doenças respiratórias mais frequentes por cada faixa etária, se poderá ter o registro da frequência das doenças respiratórias e a eficiência e efetividade da vacina da Influenza Tipo B.

4. Resultados esperados:

Com a investigação pretende-se contar com um registro detalhado das doenças respiratórias que afetam frequentemente a população idosa vacinada contra a Influenza Tipo B. Tendo como amostra a população da UBS Morro Azul, espera-se fazer o estudo no município de Limeira completo. Além disso espera-se lograr o aumento da cobertura vacinal com campanhas educativas encaminhadas aos idosos.

5. Cronograma:

| Atividades | Janeiro 2015 | Fevereiro 2015 | Março 2015 | Abril 2015 | Mai 2015 |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Consulta bibliográfica | X | | | | |
| Pesquisa de terreno | X | | | | |
| Elaboração do Projeto | | X | | | |
| Correção | | | X | X | |
| Apresentação | | | | | X |

6. Referências

1. Black M, Armstrong P. An Introduction to avian and pandemic influenza. NSW Public Health Bull 2006;17(7-8)99-103.
2. Ahmed AH, Nicholson KG, Nguyen-Van-Tam JS. Reduction in mortality associated with influenza vaccine during 1989-90 epidemic.
3. Arruda E, Hayden FG. Influenza virus, respiratory syncytial, parainfluenza viruses, rhinovirus, and respiratory adenoviruses. In: Guerrant RL, Walker DH, Weller PF. Tropical Infectious Diseases – Principles, Pathogens & Practice. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1999. p.1109-21.
4. Luk J, Gross P, Thompson WW. Observations on Mortality during the 1918 Influenza Pandemic. Clin Infect Dis 2001, 33:1375-78.
5. Kawaoka Y, Krauss S, Webster RG. Avian-to-Human Transmission of the PB1 Gene of Influenza A Viruses in the 1957 and 1968 Pandemics. Journal of Virology 1989; p 4604-4608.
6. Grupo Regional de Observação da Gripe (GROC). <http://www.grogbrasil.com.br/>
7. Fry A, Shay D, Holman R et al. Trends in hospitalization for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States, 1988-2002. JAMA 2005;294: 2712.
8. Osterholm M; Kelly NS; Sommer A; Belongia E. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Dis 2012;12:36-44.
9. Jefferson T, Rivetti A, Harnden A et AL. Vaccines for preventing influenza in healthy children. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD004879
10. Ahmed AH, Nicholson KG, Nguyen-Van-Tam JS. Reduction in mortality associated with influenza vaccine during 1989-90 epidemic. Lancet 1995;346:591-5.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico “Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza 2013”.

12.CDC. Prevention and control of influenza with vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. MMWR 2010; 59(RR-8):1-63.