

Relatório da Pandemia da Gripe em Portugal

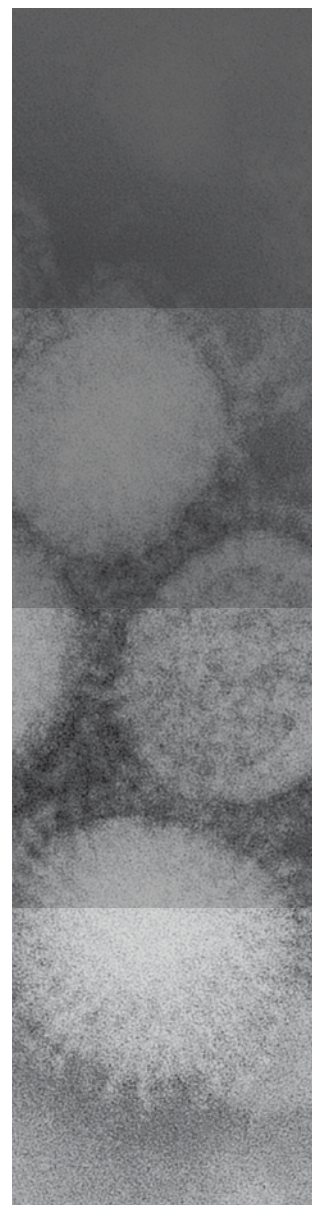
2009

(H1N1)

Relatório da Pandemia da Gripe em Portugal

2009

(H1N1)



PORTUGAL. Ministério da Saúde.
Direcção-Geral da Saúde

Pandemia de Gripe em Portugal
Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

EDITOR

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
www.dgs.pt

DESIGN

PrataDesign

Índice

SIGLAS	6
AUTORES.....	7
AGRADECIMENTOS.....	8
PREFÁCIO.....	9
SUMÁRIO EXECUTIVO	11
INTRODUÇÃO	15
ETAPA DE CONTENÇÃO	17
Objectivos e medidas	17
Epidemiologia.....	20
ETAPA DE MITIGAÇÃO	22
Objectivos e medidas	22
Epidemiologia.....	24
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	25
Caracterização epidemiológica	25
Incidência de Gripe A (H1N1) 2009 e de síndrome gripal.....	25
Distribuição geográfica dos casos de síndrome gripal.....	33
Distribuição etária dos casos de síndrome gripal.....	35
Caracterização sindromática	38
Internamentos por gripe	39
Mortalidade	41
Procura de cuidados de saúde em serviços de urgência hospitalares e de centros de saúde.....	48
Vigilância laboratorial	50

PREVENÇÃO, CONTENÇÃO E CONTROLO	53
Medidas de saúde pública	53
Respostas sociais	56
Prestação de cuidados de saúde.....	60
Linha saúde 24.....	61
Ambulatório.....	78
Internamentos e cuidados intensivos.....	86
Vacinas e medicamentos	94
Estratégia de vacinação	94
A vacina	95
Campanha de vacinação	96
Medicamentos	99
COMUNICAÇÃO	102
Recolha de Informação.....	102
Públicos-alvos de Comunicação.....	103
<i>Microsite</i> da gripe	115
AVALIAÇÃO.....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
ÍNDICE DE TABELAS	125
ÍNDICE DE FIGURAS	126
REFERÊNCIAS.....	129

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
 ARN – Ácido Ribonucleico
 ARS – Administração Regional de Saúde
 ARS-LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
 AUE – Autorização de Utilização Especial
 CDC – Centers for Disease Control and Prevention
 DGS – Direcção-Geral da Saúde
 DGV – Direcção-Geral de Veterinária
 GSK – Glaxo Smith Kline
 ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
 ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxygenation
 EMEA – Agência Europeia do Medicamento
 ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
 EPI – Equipamento de Protecção Individual
 EUA – Estados Unidos da América
 EWRS – Early Warning Response System
 HSC – Health Security Committee
 IGS – Informação Geral de Saúde
 INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
 INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
 INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
 IVR – Interactive Voice Response
 LSP – Linha Saúde Pública
 MS – Ministério da Saúde
 OMS – Organização Mundial da Saúde
 OT – Orientação Técnica da DGS
 PPP – Parceria Público Privada
 RA – Região Autónoma
 SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome
 SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
 SIGripe – Sistema de Informação da Gripe
 SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
 SNS – Serviço Nacional de Saúde
 TAE – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento
 UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
 VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
 VPP – Valor Preditivo Positivo

AUTORIA

Francisco George
Ana Leça
António Diniz
Belmira Rodrigues
Carlos Orta Gomes
Catarina Sena
Cristina Abreu Santos
Filipe Froes
Graça Freitas
Isabel Marinho Falcão
José Robalo
Judite Catarino
Mário Carreira
Pedro Rosário
Plácido Teixeira
Sérgio Gomes

AGRADECIMENTOS

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) agradece a colaboração por todos prestada e destaca: Escola Nacional de Saúde Pública, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Santa Casa de Misericórdia do Porto, Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos.

São ainda devidos agradecimentos, a título individual, aos seguintes especialistas:

Adelaide Orfão, Alfredo Albuquerque, Ana Couto, Ana Henriques, Ana Luisa Mota, Ana Maria Santos Silva, Ana Meireles, Ana Paula Abreu, Ana Paula Sousa Uva, Ana Rita Caramelo, Andreia Jorge Silva, António Carrasco, António Fonseca Antunes, António Sarmiento, António Silva Graça, António Tavares, Armando Cerezo, Augusto Remédios, Baltazar Nunes, Carmo Velez, Catarina Resende, Cláudia Borges, Conceição Neves, Constantino Sakellarides, Cristina Furtado, Cristina Galvão, Delfina Antunes, Emília Nunes, Etelvina Calé, Fátima Dias, Fátima Rato, Fernando Maltez, Filipa Paixão, Filomena Coelho, Francisco Mendonça, Francisco Parente, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Gregória Von Amann, Hélder Mota Filipe, Helena Luis, Helena Marteleira, Helena Monteiro, Isabel Baptista, Isabel Castelão, Isabel Neto de Carvalho, Isabel Tovar, Jesuína Ribeiro, Joana Chêdas, Joana Réfega, João Bilhim, João Camacho, João Gonçalves Pereira, João Vasconcelos Costa, João Vintém, Jorge Costa Santos, José Artur Paiva, José Gomes Esteves, José Ramon Vicente, José Tereso, Josefina Borges, Julieta Nogueira, Kamal Mansinho, Lina Guarda, Lisa Vicente, Luis Almeida Santos, Luis Almeida Santos, Luis Januário, Luis Meirinhos Soares, Luís Varandas, Madalena Almeida Santos, Manuel Delgado, Manuela Felício, Manuela Lucas, Manuela Saldanha, Margarida Palla Garcia, Margarida Tavares, Maria João Brito, Maria João Martins, Maria João Quintela, Maria José Silvestre, Maria Neto, Maria Otília Duarte, Mariana Neto, Marta Gromicho, Maurício Melim, Olga Freitas, Patrícia Alves, Patrícia Parada, Patrícia Silveira, Paula Corvelo Valente, Paula Maria Valente, Paula Quadros, Pedro Coelho dos Santos, Pedro Póvoa, Pedro Ribeiro da Silva, Ramiro Figueira, Raquel Guiomar, Rui Calado, Rui Monteiro, Rui Pereira, Sara Valente, Silva Graça, Sofia Duarte, Tânia Morales de Los Rios., Teresa Fernandes., Vasco Prazeres, Vitor Hugo Martins.

PREFÁCIO

A confirmação da emergência de nova estirpe do vírus da gripe do subtipo H1N1, devida ao rearranjo de dois segmentos de ARN, impôs a activação do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe, adiante designado por Plano de Contingência, que tinha sido desenhado na Direcção-Geral da Saúde em 2006.

Sabia-se que a última Pandemia tinha ocorrido em 1968. Antes, em 1957, a gripe Asiática e em 1918 a “Pneumónica” (6).

As consequências da primeira pandemia do Século XX não terão deixado grande marca na memória colectiva dos portugueses. País muito pobre na época, com 70% de analfabetos, mergulhado activamente na I Grande Guerra e na crise interna reflectida no atribulado consulado de Sidónio.

Em Portugal, a gripe não era tida como doença preocupante. O vocabulário comum incorporou na linguagem corriqueira a expressão “estou com gripe” ou “estar engripado” como uma banalidade, especialmente nas semanas frias do ano. As infecções respiratórias só raramente eram estudadas no que se refere à respectiva etiologia. A percepção dos cidadãos em relação ao risco de uma epidemia de gripe era, em geral, ténue.

Foi preciso conhecer mais dados históricos para compreender melhor o presente e antecipar o futuro. Estudaram-se arquivos, registos e publicações anteriores.

Os dispositivos agora criados, baseados em sistemas telemáticos e informáticos inteligentes, permitiram uma ligação permanente, em rede, incluindo a nível da União Europeia e internacional.

Multiplicaram-se iniciativas de comunicação. O site da DGS elevou-se. O desenvolvimento da área dedicada à gripe foi determinante. Orientações Técnicas sempre oportunas. Trabalho excelente que todos reconheceram. Artigos esclarecedores em jornais. Entrevistas, também. Participação em programas de televisão, de rádio, tal como noticiários, na perspectiva de corrigir exageros. SMS enviados pelas operadoras de telemóveis, cartazes e folhetos que levaram os conselhos a todos, que adquiriram grande visibilidade.

Escolas, universidades e empresas prepararam e implementaram planos em articulação com os serviços de saúde pública.

Um vasto conjunto de medidas permitiu alterar comportamentos, designadamente no que se refere à etiqueta respiratória e higiene das mãos.

No final de Outubro e em Novembro, os movimentos contra a vacinação alcançaram notoriedade inesperada, o que deverá ser motivo de análise sociológica ulterior.

Dirigentes e especialistas da DGS, consultores e internos de saúde pública conduziram iniciativas no quadro dos respectivos eixos que integraram e que no plano do rigor deverão ser objectivamente avaliadas. Realça-se, desde já, no entanto, a articulação exemplar que se verificou dentro e fora do Ministério da Saúde. O modelo de articulação entre Sectores Público, Social e Privado, liderado pela Ministra da Saúde, foi, a todos os títulos, edificante.

Junho, 2010

SUMÁRIO EXECUTIVO

A detecção de actividade epidémica por infeções respiratórias no México e na Califórnia associada à identificação de um novo vírus da gripe em 17 de Abril em 2 doentes na Califórnia, EUA, foi motivo imediato de preocupação por parte das autoridades de todos os países do Mundo.

A nova estirpe foi designada A/Califórnia/4/2009/H1N1 e incorpora dois segmentos do genoma de origem suína. O rearranjo do genoma do vírus, está na origem da pandemia 2009 designada como “gripe A”.

A partir do foco inicial no México, verificado no primeiro trimestre de 2009, a evolução da propagação foi muito rápida. 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.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, sucessivamente, as fases 4 e 5 da pandemia respectivamente a 27 e a 29 de Abril.

A 11 de Junho a OMS declara a fase 6, uma vez reconhecida a extensão da epidemia em grande escala (pluricontinental, atingindo 74 países).

A propagação do novo vírus foi muito rápida e a 1 de Julho o vírus já tinha sido identificado em 120 países.

Dois marcos tiveram um impacte significativo no plano psico-social. O primeiro, foi a recomendação pública das autoridades britânicas para grávidas ficarem em casa durante as semanas de maior actividade viral, no Verão de 2009. O segundo terá sido a declaração de emergência nacional nos Estados Unidos, pelo presidente Barack Obama, no Outono do mesmo ano.

Sabia-se que a expressão da actividade gripal da pandemia seria diferente em cada país. Todos reconheciam que o impacte de uma epidemia de gripe de grande escala iria depender, não só da virulência do vírus, mas também da rapidez da implementação de medidas previamente planeadas.

Naturalmente, este último aspecto é influenciado não só pela qualidade dos trabalhos preparatórios que estão na origem dos Planos de Contingência, mas, também, pela mobilização dos meios previstos que visam assegurar a sua operacionalidade em tempo adequado.

Em Portugal, o Plano de Contingência foi proactivamente operacionalizado a partir de 24 de Abril. O Comunicado, emitido nesse próprio dia, assinalou 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, nomeadamente:

1. Informação em saúde para avaliação do risco

1.1. Sistema Integrado de Informação da Gripe

2. Prevenção, contenção e controlo

2.1. Medidas de Saúde Pública

2.2. Prestação de cuidados de saúde

2.2.1. Em ambulatório

2.2.2. Em Internamento

2.2.3. Vacinas e Medicamentos

3. Comunicação

4. Avaliação

Toda a informação foi, desde o início, disponibilizada através do Microsite da Gripe em **www.dgs.pt** de acesso fácil e generalizado, cuja navegação com menu amigável que incluiu informação e recomendações ao público, informação aos profissionais, às empresas e escolas.

A informação destinada a profissionais de saúde, em especial a médicos e enfermeiros, foi constantemente actualizada, designadamente as *guidelines* previstas no Plano de Contingência, tabela com número de casos confirmados em todo o Mundo, circulares e despachos, comunicados oficiais, mapas e ligações directas para sítios da internet de organismos internacionais, em particular da Organização Mundial da Saúde, do Centro Europeu de Controlo e Prevenção de Doenças de Estocolmo, Centros de Controlo de Doenças dos EUA em Atlanta.

A coordenação do desenvolvimento do Plano foi da responsabilidade da Ministra da Saúde que presidiu a um conselho, no topo da pirâmide, que também integrava o Director-Geral da Saúde. Em termos de linha de comando, no que se refere à orientação estratégica essencial e à coordenação do sistema organizativo, a agilidade e flexibilidade foram princípios basilares logo adoptados. O portal do Ministério da Saúde **www.portaldasaude.pt** dedicou, igualmente, atenção especial à comunicação sobre a epidemia de gripe.

A legislação de Saúde Pública, entretanto modernizada, contribuiu para agilizar procedimentos necessários à gestão deste tipo de emergências.

A condução das acções que visaram prevenir e controlar a epidemia de gripe foi, necessariamente, colectiva. Não só governantes e dirigentes assumiram responsabilidades perante o impacto das medidas adoptadas, mas também os próprios cidadãos no seio das famílias e das comunidades que integram.

No seguimento de notificações recebidas pelos canais de comunicação da Organização Mundial da Saúde, Portugal activou, como referido, o Plano de Contingência a 24 de Abril. Na perspectiva de atrasar a propagação da epidemia, foram desencadeadas medidas iniciais para contenção da infecção, isto é, evitar que um doente infectado pudesse transmitir a doença a outras pessoas.

Tudo indicava que a infecção poderia ser moderada. No entanto, admitia-se que iria originar excesso de procura dos serviços de saúde, bem como absentismo laboral e escolar.

Estas medidas, planeadas para os “primeiros 100 casos”, constituíram a designada “Etapa de Contenção” e impunham diagnóstico precoce, com confirmação laboratorial, no INSA e no serviço de patologia clínica do Hospital Curry Cabral. As acções convergiram, inicialmente, para uma rede constituída por quatro hospitais de referência, em Lisboa, Porto e Coimbra (Hospital Curry Cabral, em Lisboa, Hospital de S. João, no Porto, Hospitais da Universidade de Coimbra, e Hospital Dona Estefânia [Centro Hospitalar Lisboa Central]).

As medidas organizativas de resposta equacionadas no Plano Português tiveram em consideração, naturalmente, a situação epidemiológica em cada momento. Foi, logo depois, altura de alargar esta rede aos hospitais de Santo António (Centro Hospitalar do Porto) e Vila Real (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro), bem como ao Hospital Pediátrico de Coimbra (Centro Hospitalar de Coimbra) e ao Hospital de Faro. Este alargamento, acompanhado pelo funcionamento de mais laboratórios especializados, foi um dos elementos de transição previstos para uma nova abordagem com o objectivo de minimizar os efeitos da actividade da gripe. À medida da propagação da gripe, as respectivas respostas evoluíram.

A etapa de contenção decorreu entre 24 de Abril e 21 de Agosto seguida da etapa de mitigação quando os casos importados passaram a ter menor expressão do que os gerados no País.

Portugal dispunha de uma quantidade importante de antivirais composta de 2,5 milhões de doses de fosfato de oseltamivir, completada por uma reserva de zanamivir. Para além disso, o Governo assumiu o compromisso de adquirir vacinas para 30% da população, atendendo aos grupos vulneráveis, isto é grávidas, doentes com problemas crónicos, mas também trabalhadores dos sectores vitais para a sociedade. Quer os antivirais quer as vacinas monovalentes com a nova estirpe H1N1, integraram a Reserva Estratégica de Medicamentos e como tal foram, gratuitamente, distribuídos de forma criteriosa.

Em Portugal, o primeiro caso foi diagnosticado a 29 de Abril (importado a partir do México); o primeiro caso secundário ocorreu a 4 de Julho; 100 casos acumulados a 14 de Julho; 1000 casos acumulados a 14 de Agosto e 2000 casos a 21 do mesmo mês.

À actividade epidémica verificada no Verão seguiu-se um período de aparente acalmia até à semana 39 (21 a 27 de Setembro) onde se reinicia a epidemia, que atinge o seu acme na semana 48 (23 a 29 de Novembro), retornando abaixo da linha de base na semana 5 de 2010 (1 a 7 de Fevereiro).

No total foram hospitalizados 1436 doentes, dos quais 193 admitidos em cuidados intensivos. Registaram-se, cumulativamente, 124 óbitos.

É possível admitir que 20% da população estará protegida, quer pela doença, quer devido a infecções inaparentes, quer, ainda, pela vacinação.

A actividade epidémica gripal não foi homogénea no País, foi antes a soma de surtos de actividade gripal distribuídos pelas diferentes ARS do Continente e regiões autónomas.

A Região Autónoma dos Açores optou por uma estratégia diferente. A etapa de contenção foi mais extensa, passando à etapa de mitigação quando se verificou um grande acréscimo do número de casos na Ilha de S. Miguel, distrito da Ribeira Grande. Devido a este aumento o Governo Regional decidiu a passagem da etapa de contenção à etapa de mitigação apenas nesse distrito, mantendo as outras ilhas e distritos de S. Miguel na etapa anterior. Assim, conforme o aumento da intensidade da actividade epidémica verificada a nível de cada distrito, de acordo com o número de casos observado, foram passando progressivamente para a etapa de mitigação.

Na Região Autónoma da Madeira a actividade epidémica apresentou-se de forma diferente da do Continente e da Região dos Açores. Foi mais tardia e concentrada no tempo. Atingiu essencialmente jovens em idade escolar que levaram à formação de “clusters” e ao encerramento de um elevado número de escolas.

INTRODUÇÃO

As consecutivas mutações do património genético e da estrutura antigénica dos vírus da gripe de tipo A explicam a emergência cíclica, se bem que a intervalos irregulares, de estirpes novas que não tinham circulado anteriormente.

Exactamente por serem novas, encontram condições de propagação devido à ausência de imunidade específica na população.

Pandemia¹ refere-se à expansão simultânea da epidemia, em grande escala, a nível pluricontinental. Traduz o grau de propagação geográfica e não a gravidade da doença, tal como foi sublinhado, repetidamente, nos seguintes termos pelos comunicados emitidos pelo Ministério da Saúde: “A passagem à fase 6 do alerta de pandemia, decidida pela Organização Mundial da Saúde, deve-se à facilidade de propagação do vírus a nível mundial e não à sua gravidade clínica. Apesar de ter atingido um número elevado de países em todo o mundo, o vírus tem revelado, até à data, baixa virulência”².

A gripe é, como se sabe, a zoonose mais frequente. Aves aquáticas silvestres constituem o reservatório do vírus da gripe. Os hospedeiros podem ser de múltiplas classes, ordens e espécies, incluindo, naturalmente, seres humanos.

Por isso, compreende-se a oportunidade da Nota emitida pelo Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas: “Nas últimas décadas, não foi detectada em Portugal qualquer infecção em suínos causada por esta estirpe de vírus, nem quaisquer situações de gripe suína. O vírus em causa não se transmite através do consumo de carne de porco, mas sim pelo contacto das pessoas doentes com as saudáveis”³.

Aliás, foi devido ao trabalho conjunto com a Direcção-Geral de Veterinária (DGV) que, em Portugal, a designação inicial de “gripe suína” foi rapidamente eliminada.

Em Abril de 2009, antes da identificação da nova estirpe, a OMS estava em alerta de nível 3 para uma pandemia de gripe visto que tinham sido confirmados “casos esporádicos ou pequenos clusters de infecção humana por vírus da gripe de origem animal, ou rearranjo humano-animal, mas sem transmissão suficiente para causar surtos na comunidade”⁴.

O nível 3 referia-se à identificação do subtipo A(H5N1) que estava na origem de uma vasta epizootia (aves), à escala global, que provocou, desde 2003, casos esporádicos em seres humanos.

Em Atlanta, a confirmação pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) da nova estirpe do subtipo A(H1N1) que resultara da incorporação de dois segmentos de ARN suínos e que gerava, com facilidade, cadeias de transmissão interhumanas de propagação rápida, explicou as sucessivas fases de “ignição” da pandemia a partir de Abril de 2009.

¹Do gr. pan, tudo & demos,povo.

²Comunicados emitidos, diariamente, pelo Ministério da Saúde de 11 de Junho a 27 de Junho de 2009.

³Nota de Imprensa do Gabinete do Ministro de 27 de Abril de 2009.

⁴Fases de Pandemia (OMS), documento citado bibliografia nº1.

Assim, a OMS anunciou em 21 de Abril a identificação da nova estirpe A/Califórnia/4/2009/H1N1 e menos de dois meses depois declarou a fase 6 de pandemia, quando o vírus já circulava em, pelo menos, 74 países.

No início, atrasar a propagação da actividade epidémica constituiu o objectivo principal, dando tempo à preparação de outras medidas preventivas e de controlo. Os trabalhos que se seguiram podem ser descritos em duas etapas distintas, convencionalmente designadas como CONTENÇÃO e MITIGAÇÃO.

A etapa de contenção exigiu medidas de controlo muito rigorosas para retardar a propagação da doença e durou enquanto os casos importados ou com *link* epidemiológico a outros países foram predominantes. Esta etapa decorreu entre 24 de Abril e 21 de Agosto de 2009.

A inversão deste padrão, com preponderância dos casos autóctones e disseminação da doença no País determinou a passagem, em 21 de Agosto de 2009, à etapa de mitigação, em que foi adoptada uma estratégia muito mais abrangente que visava sobretudo o diagnóstico/encaminhamento e tratamento adequado dos doentes, minimizando o impacto da pandemia no sector da saúde e na sociedade.

ETAPA DE CONTENÇÃO

(de 24 de Abril a 21 de Agosto, abrangendo as fases 4, 5 e início da 6)

Objectivos e medidas

A etapa de contenção da pandemia de gripe estava prevista no Plano de Contingência. Evitar a formação de cadeias de transmissão no País na perspectiva de atrasar a evolução da epidemia constituiu, estrategicamente, a base das respostas planeadas e os principais objectivos desta etapa.

A etapa de contenção⁵, com esses objectivos principais, permitiu “ganhar tempo” para melhor preparação dos serviços de saúde e disponibilização de uma vacina, tal como viria a acontecer a partir de 26 de Outubro.

Observou-se o princípio dos cidadãos terem direito à informação, mas, também, se considerava essencial a colaboração de cada um para a mudança de comportamentos.

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.

Numa etapa inicial todos os casos de doença foram importados. Seguiram-se casos secundários⁶, *clusters*⁷ e o aumento proporcional de casos esporádicos gerados em Portugal, sem *link* epidemiológico. Realça-se que a proporção de casos importados foi diminuindo progressivamente, sobretudo a partir da 32ª semana do ano (entre 3 e 9 de Agosto de 2009).

Na fase de contenção cada doente determinou a adopção de uma complexa cadeia de procedimentos: contacto telefónico para validação da história clínica e epidemiológica / suspeição / validação médica dos casos / transporte pelo INEM a um hospital de referência / isolamento / diagnóstico clínico / confirmação laboratorial⁸, / tratamento selectivo dos doentes em função do risco ou com evolução clínica no sentido do agravamento / identificação dos contactos próximos para aconselhamento e quimioprofilaxia / acompanhamento do doente / alta / vigilância activa dos contactos.

A “porta de entrada” dos doentes no sistema de saúde foi preferencialmente feita através da Linha Saúde 24.

A validação inicial dos casos com história clínica e *link* epidemiológico foi determinante na etapa de contenção, permitindo acompanhar todos os casos detectados. Este tipo de validação já tinha sido utilizado com sucesso noutras situações nomeadamente durante a emergência da SARS em 2002/2003 e durante a da epidemia de febre de Marburgo em Angola, em 2005.

⁵ Sabia-se que, em rigor, a contenção não era objectivo exequível, pelo que seria preferível apontar a designação da etapa no sentido do atraso da propagação da epidemia de gripe.

⁶ O primeiro caso secundário a 4 de Julho

⁷ O primeiro *cluster* identificado foi num infante em Lisboa a 5 de Julho.

⁸ Por PCR em tempo real.

Assim, a 25 de Abril de 2009 foi accionado um sistema de validação (principalmente médica) de apoio ao Centro de Atendimento do SNS (Linha Saúde 24). 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, assegurado por médicos credenciados especificamente para o efeito pela DGS.

Esta linha funcionou, ininterruptamente, até 10 de Julho⁹.

Esta linha tinha três objectivos principais, designadamente:

1. A validação, encaminhamento dos casos e activação das medidas de saúde pública de contenção. Este Serviço atendeu, para além das chamadas telefónicas provenientes da Linha Verde (validação médico a médico), as chamadas transferidas da Linha 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, implicava: 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 de Saúde Regional para activação de medidas de saúde pública. No caso das chamadas transferidas da Linha 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 dos médicos sobre o diagnóstico e acompanhamento clínico de doentes com quadros presuntivos de gripe o 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 dos casos em validação, em vigilância activa e dos casos confirmados, foi “fonte de alimentação” de informação destinada a efectuar o *risk assessment* e informar os decisores, os profissionais e os cidadãos.

A validação de casos por este processo enquadrava-se dentro dos objectivos da Fase 5 da actividade gripal, de contenção, vigilância e definição das características clínicas e epidemiológicas da infecção pelo novo vírus da gripe A(H1N1), tal como estava contemplado no Plano de Contingência e nas orientações técnicas da DGS.

Todos os casos validados convergiram, inicialmente, para quatro hospitais de referência - Hospital Curry Cabral, em Lisboa, Hospital de S. João, no Porto, Hospitais da Universidade de Coimbra, e Hospital Dona Estefânia (Centro Hospitalar Lisboa Central) - e as análises laboratoriais foram realizadas no INSA e no Laboratório do Hospital Curry Cabral.

⁹As notícias veiculadas pela Imprensa sobre o primeiro *cluster* numa escola (infantário em Lisboa) provocaram excesso de procura das Linhas de aconselhamento e incapacidade de resposta satisfatória, pelo que a Linha Verde foi encerrada e projectado reforço da Linha Saúde 24.

Por razões operacionais, todos os casos foram classificados como: caso em investigação (situação provisória), caso confirmado, ou, ainda, como não-caso, de acordo com as Orientações Técnicas então emanadas pela DGS¹⁰.

Perante a declaração, pela OMS, da fase 6 (11 de Junho de 2009) e uma vez conhecidas as principais características clínicas e epidemiológicas da infecção, decorrente da apreciação dos casos a nível mundial, e a sua evolução no País, optou-se gradualmente por alterar algumas medidas até então adoptadas.

Assim, a validação e encaminhamento dos casos passaram 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 dos Médicos a partir de 10 de Julho de 2009.

A activação, em 24 de Junho, de novos hospitais de referência - Hospital de Vila Real (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro), Hospital de Santo António (Centro Hospitalar do Porto), Hospital Pediátrico de Coimbra (Centro Hospitalar de Coimbra), e Hospital de Faro) -, tendo em vista uma melhor gestão dos recursos, descentralização e crescente melhoria da qualidade de cuidados, simultaneamente com o início da actividade de laboratórios, a nível regional, devidamente equipados, permitiram o acesso em tempo útil de um número crescente de doentes aos serviços de saúde e foram preparando o País para uma fase de actividade gripal mais intensa.

Em síntese, as principais medidas da etapa de contenção foram:

- Activação e utilização de um serviço médico de validação de casos gerido por médicos na DGS: validação telefónica de todos os casos suspeitos de acordo com a “definição de caso”;
- Transporte dos doentes pelo INEM;
- Concentração dos casos suspeitos em hospitais de referência;
- Diagnóstico laboratorial de todos os casos;
- Isolamento dos casos;
- Fraccionamento e distribuição atempada de fosfato de oseltamivir por todo o País;
- Quimioprofilaxia dos contactos;
- Medidas de higiene respiratória;
- Medidas de distanciamento social;
- Controlo de surtos;
- Vigilância e investigação epidemiológica;
- Comunicação.

¹⁰Orientação Técnica OT 1.

Relativamente à investigação de surtos, nomeadamente em escolas, é de referir que a 5 de Julho de 2009 se registou o primeiro *cluster* em Portugal, num infantário de Lisboa (muito mediatizado), com 5 casos iniciais com *link* a uma criança doente proveniente do México, que motivou o encerramento do estabelecimento por um período de duas semanas. Esta medida de saúde pública foi considerada excepcional, dada a etapa de contenção em que o País se encontrava, e foi operacionalizada por uma equipa da DGS em estreita colaboração com as autoridades de saúde regionais (ARSLVT) e com elementos do Ministério da Educação.

O plano de encerramento da escola incluiu quatro aspectos:

- Comunicação, com elaboração de um comunicado para os pais;
- Informação aos professores e sessões de esclarecimento para os pais;
- Actuação clínica, através da recomendação de quimioprofilaxia aos contactantes dos casos diagnosticados, e dado tratar-se de crianças, sessão de formação aos pais sobre o procedimento correcto para a preparação e administração do antiviral;;
- Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de casos que entretanto surgissem.

O contacto com elementos do Ministério da Educação permitiu a formação posterior de um grupo de trabalho tendo por objectivo uma acção coordenada nas escolas, e de consenso entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Epidemiologia

Relativamente à evolução da actividade gripal durante a etapa de contenção, salienta-se que o primeiro caso português foi detectado, muito precocemente, a 29 de Abril em mulher jovem saudável com *link* epidemiológico ao México.

O segundo foi diagnosticado a 31 de Maio e somente a partir de 12 de Junho, com o terceiro caso identificado, começaram a ocorrer, de forma regular, casos esporádicos.

Até ao dia 4 de Julho todos os casos foram importados, isto é, ocorreram em pessoas regressadas de áreas afectadas pelo novo vírus.

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 de casos importados e de casos secundários¹¹.

Entre 29 de Junho e 9 de Agosto verificou-se uma subida lenta e consistente do número de casos. Entre 10 a 16 de Agosto verificou-se um incremento intenso e brusco da actividade gripal, com a notificação de quase três vezes mais casos que na semana anterior, logo seguido de um abrandamento.

¹¹ 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).

Os casos verificados em Agosto concentraram-se, essencialmente, na região do Algarve, onde ocorreram 41% dos casos.

Até ao dia 21 de Agosto verificaram-se 2046 casos confirmados de gripe A(H1N1)2009, sendo a taxa de ataque global neste período de 0,02%. Cerca de 80% dos casos detectados tinham menos de 30 anos.

Comparativamente à generalidade dos países do hemisfério Sul e alguns do hemisfério Norte, não ocorreu uma actividade epidémica generalizada em Portugal durante a etapa de contenção (abrangendo a Primavera e parte do Verão).

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

As actividades de contenção desenvolvidas no conjunto do sistema, com a identificação exaustiva dos doentes e seus contactos e respectiva quimioprofilaxia permitiram retardar o estabelecimento de cadeias de transmissão sustentadas na comunidade.

Estas actividades permitiram aos serviços de saúde e à comunidade em geral prepararem-se melhor, o que terá contribuído para o achatamento da curva epidémica que veio a ocorrer nos meses seguintes.

ETAPA DE MITIGAÇÃO

(a partir 21 de Agosto, abrangendo a fase 6)

Objectivos e medidas

A 21 de Agosto, como referido, perante o número crescente de casos sem *link* epidemiológico foi decidida a passagem à etapa de mitigação.

O objectivo principal desta etapa foi a minimização do impacte da pandemia nos serviços de saúde e na sociedade, com adequação dos serviços e dos profissionais à nova realidade epidemiológica de modo a reduzir a morbilidade e a mortalidade decorrentes da gripe, bem como a disfunção social.

Em função da evolução da actividade epidémica, as medidas foram sendo actualizadas. A rede de hospitais tornou-se cada vez mais ampla e as unidades de cuidados de saúde primários foram sendo envolvidas até à activação de toda a rede hospitalar e unidades de saúde dos cuidados primários para a prestação de cuidados a doentes com síndrome gripal.

Houve aumento da capacidade de resposta da Linha Saúde 24 e da Linha Saúde Pública. Muitos doentes passaram a ser aconselhados a permanecer no domicílio sob vigilância activa e, em casos ligeiros, sob vigilância passiva depois do aconselhamento para auto-vigilância.

Verificou-se uma alteração de fundo a nível do diagnóstico que deixou de ser laboratorial e passou a ser clínico. Assim, até 21 de Agosto, os casos são referidos como “gripe A(H1N1)2009” e a partir dessa data, como “síndrome gripal”.

Deixou de ser aplicável a identificação de todos os contactos próximos e a quimioprofilaxia passou a ser recomendada selectivamente aos contactos pertencentes a grupos de risco.

A vigilância epidemiológica baseou-se na incidência de “síndrome gripal”, uma vez que, contrariamente à etapa de contenção, tornou-se impossível fazer o diagnóstico laboratorial a todos os doentes.

As fontes primárias de recolha de informação foram múltiplas, com destaque para o Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS). A rede de Médicos Sentinela permitiu também acompanhar a evolução da epidemia. Alguns serviços de atendimento em ambulatório usaram ainda a aplicação informática SIGRIPE, na perspetividade a constituir uma fonte de informação complementar útil.

A notificação dos óbitos foi feita directamente à DGS através de um sistema próprio.

A procura de cuidados em serviços de urgência (cuidados de saúde primários e hospitais) foi monitorizada diariamente através do Sistema de Emergências de Saúde Pública.

Os dispositivos de vigilância epidemiológica da infecção passaram a fundamentar-se em resultados laboratoriais por amostragem, designadamente em doentes menos graves (diagnosticados e vigiados a nível do ambulatório através da rede de Médicos Sentinela), mantendo-se a indicação para confirmação laboratorial dos doentes mais graves, em particular de todos os doentes internados e/ou pertencentes a grupos de risco, com o objectivo adicional de monitorizar eventuais resistências aos antivirais. Consolidaram-se os objectivos da vacinação contra a gripe pandémica optando-se por uma estratégia de risco (vacinação de 30% da população) em função da qual se elaborou o plano e a metodologia da campanha de vacinação.

Em síntese, as principais medidas da etapa de mitigação foram:

- Utilização da Linha Saúde 24 para “triagem”, aconselhamento e encaminhamento de doentes;
- Utilização de toda a capacidade instalada a nível de ambulatório e de internamento, para tratar doentes com síndrome gripal¹²;
- Utilização de uma rede de laboratórios nacional coordenada pelo INSA, com diagnóstico laboratorial selectivo;
- Fraccionamento e distribuição atempada de fosfato de oseltamivir por todo o País;
- Terapêutica e quimioprofilaxia selectivas, de acordo com critérios de risco e/ou gravidade;
- Campanha de vacinação de acordo com a estratégia estabelecida;
- Medidas de higiene respiratória;
- Medidas de distanciamento social;
- Controlo de surtos;
- Vigilância e investigação epidemiológica;
- Comunicação.

De um modo geral, a procura de serviços, sobretudo em cuidados de saúde primários, em serviços de urgência hospitalar e em unidades de cuidados intensivos (UCI), foi intensa nos grupos etários mais jovens.

Apesar deste aumento de procura, os doentes com síndrome gripal foram adequadamente atendidos com pequenas repercussões no funcionamento normal dos serviços.

A rede de laboratórios teve capacidade de efectuar milhares de análises suplementares para diagnóstico de gripe, sem repercussões relevantes na sua actividade normal.

A rede de médicos de saúde pública em todo o País teve capacidade de investigar contactos e surtos e instituir quimioprofilaxia sempre que necessário.

¹²Com eventual excepção de unidades de saúde que não permitiram a observação dos doentes em locais apropriados.

Apesar da campanha de vacinação ter ficado aquém das expectativas, foram administradas até Junho de 2010, cerca de 700.000 vacinas, correspondendo a aproximadamente 20% dos 3 milhões de pessoas que deveriam ter sido vacinadas (a algumas pessoas, nomeadamente crianças, foram administradas 2 doses). A campanha decorreu num curto período de tempo sem qualquer impacte no Programa Nacional de Vacinação (PNV) ou na administração de outras vacinas.

Epidemiologia

Os dados epidemiológicos referentes à etapa de mitigação, na qual se verificou a quase totalidade dos casos, estão descritos no capítulo seguinte, relativo à doença por vírus A(H1N1)2009 na época gripal de 2009/2010.

INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Caracterização epidemiológica

Incidência de Gripe A(H1N1)2009 e de síndrome gripal

A vigilância da epidemia gripal assentou em várias ferramentas de fontes primárias de informação, principalmente o SIGripe (onde funcionou no início), o SIARS, os sistemas de informação das Regiões Autónomas da Madeira e Açores e a Rede de Médicos-Sentinela.

A 29 de Abril foi diagnosticado o primeiro caso em Portugal (com *link* ao México), numa mulher jovem. O segundo caso foi diagnosticado a 31 de Maio e a 12 de Junho, o terceiro caso.

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 verificou-se uma subida lenta e consistente. Na semana de 3 a 9 de Agosto o número de casos duplicou relativamente à semana anterior. Na semana de 10 a 16 de Agosto verificou-se um incremento intenso e brusco com a notificação de quase três vezes mais casos que na semana anterior. Na semana seguinte, apesar do elevado número de casos, verificou-se um abrandamento no ritmo de crescimento. A incidência semanal de casos de gripe A(H1N1)2009, até 21 de Agosto (final da etapa de contenção), está representada na **Figura 1**.

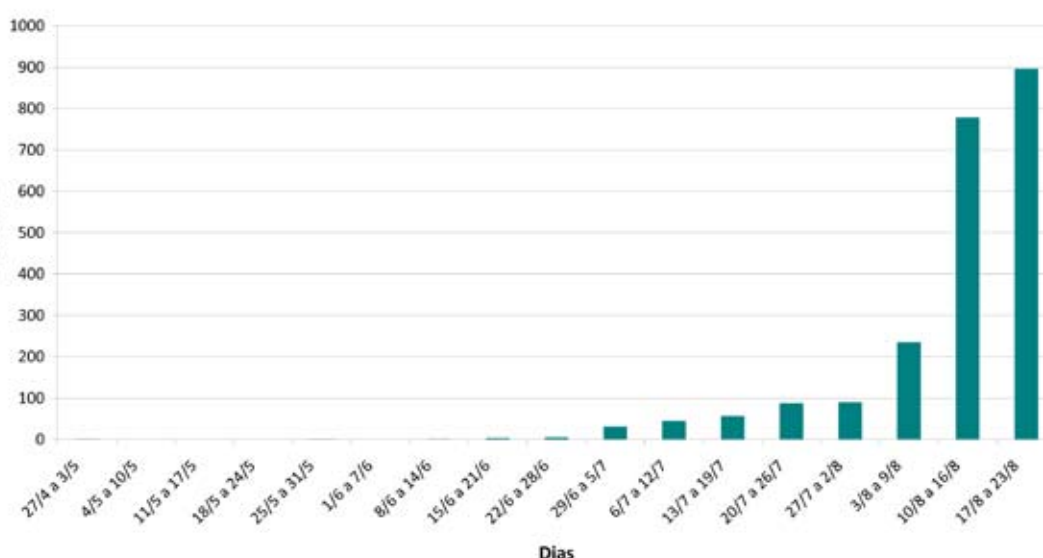


Figura 1 - Incidência semanal de casos de gripe A(H1N1)2009 em Portugal entre a semana 18 e a semana 34 de 2009. (Fonte: DGS).

O total cumulativo de 100 casos foi registado 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 (duplicação semanal de casos - Figura 2).

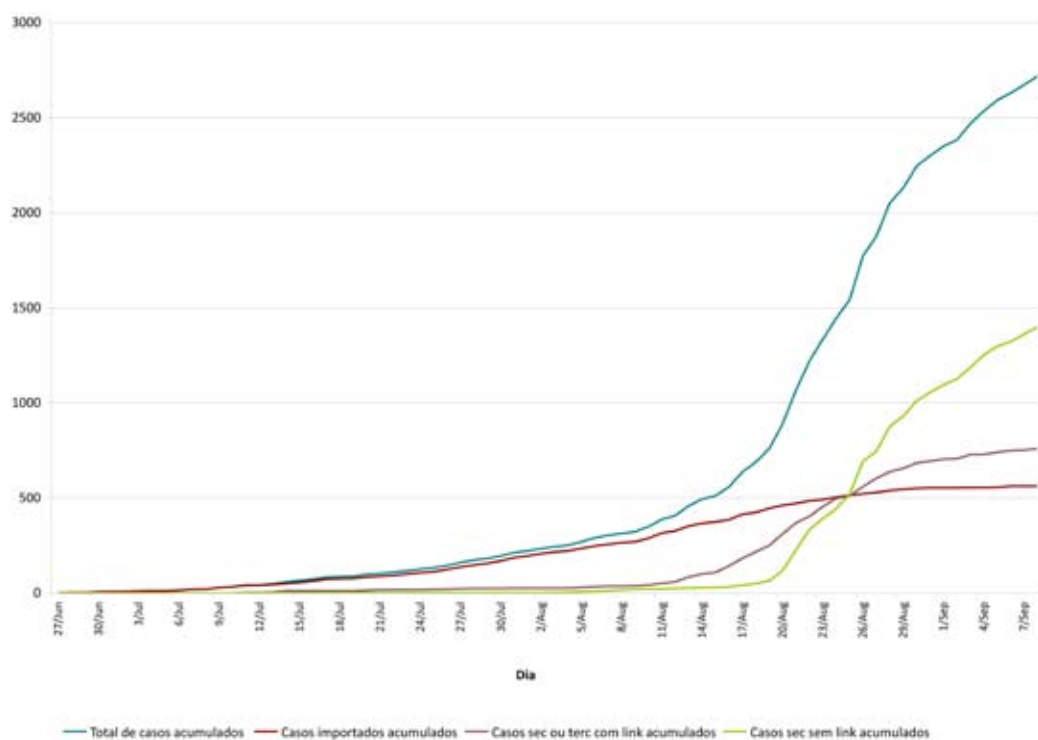


Figura 2 - Incidência acumulada de casos de gripe A(H1N1)2009, em Portugal entre a semana 18 e a semana 34 de 2009. (Fonte: DGS).

A 5 de Julho registou-se o 1º surto num infantário de Lisboa, com 5 casos iniciais com *link* a uma criança doente proveniente do México, o que motivou o encerramento, a título excepcional, do estabelecimento por um período de duas semanas. 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 de casos importados e de casos secundários¹³, como representado na [Figura 3](#).

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

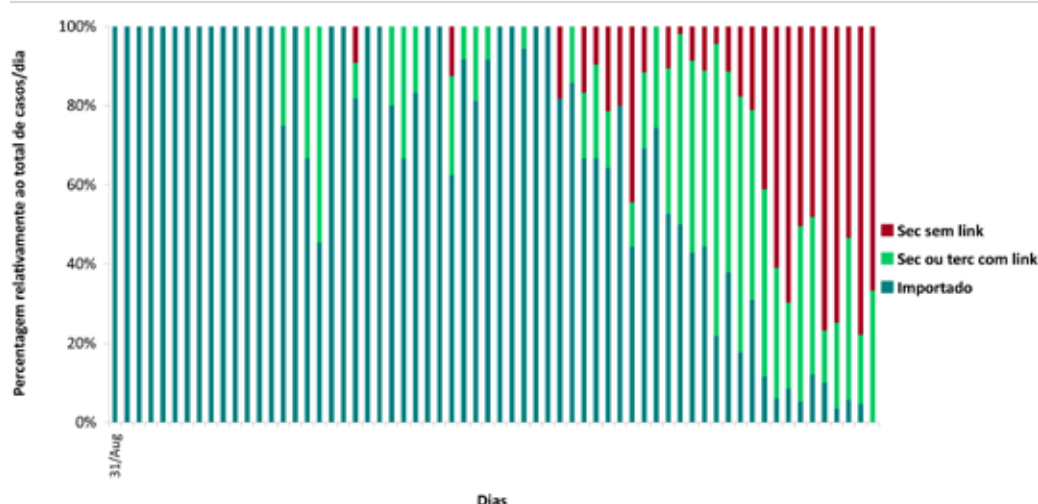


Figura 3 - Incidência acumulada de casos de gripe A(H1N1)2009 em Portugal entre a semana de 18 e a semana 34 de 2009. (Fonte: DGS).

¹³ 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).

A distribuição etária dos casos na etapa de contenção está representada na **Figura 4**, com predomínio dos adolescentes e adultos jovens até aos 30 anos. Esta distribuição reflecte, em princípio, o padrão etário dos viajantes de e para áreas afectadas e poderá 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.

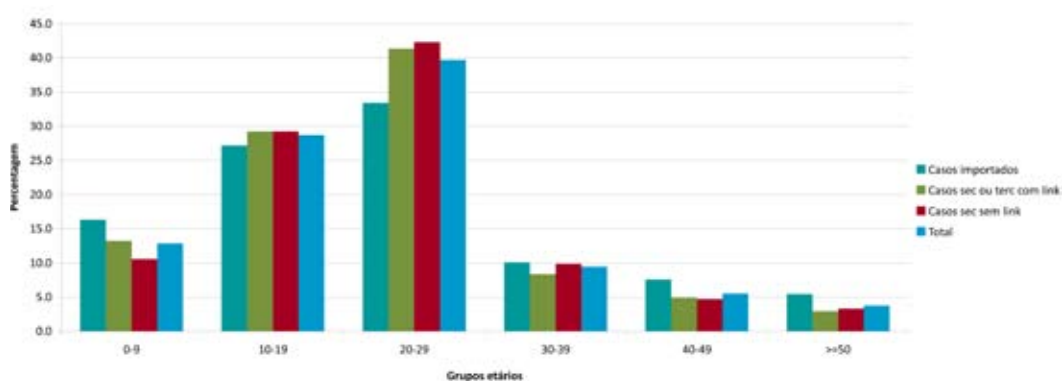


Figura 4 - Distribuição etária dos casos de gripe A(H1N1) 2009 em Portugal entre a semana de 18 e a semana 34 de 2009 em função da sua origem. (Fonte: DGS).

Comparativamente a alguns países do hemisfério Norte, em Portugal não ocorreu uma actividade epidémica generalizada e intensa, durante a etapa de contenção (até 21 de Agosto).

Provavelmente, os principais factores que contribuíram para o atraso da expressão epidémica em Portugal foram o aparecimento dos primeiros casos sem *link* numa altura em que as escolas estavam encerradas (férias escolares), impedindo, assim, a ocorrência frequente de *clusters* com a consequente disseminação comunitária da doença e as fortes medidas de contenção adoptadas.

Até ao dia 21 de Agosto ocorreram 2046 casos confirmados de gripe A(H1N1)2009, dos quais 58% eram do sexo masculino. A partir desta data inicia-se a etapa de mitigação.

Nas primeiras semanas da etapa de mitigação houve um decréscimo da intensidade da actividade gripal, seguido de uma aceleração da incidência a partir da 42ª semana do ano (12 a 18 de Outubro).

Na 43ª semana de 2009 verifica-se um nítido recrudescimento da actividade epidémica com duplicação do número de casos notificados semanalmente, facto que poderá estar relacionado com o período inicial do ano lectivo. Este fenómeno verificou-se até às semanas 47 e 48 onde se atingiu o pico da actividade epidémica gripal, como se pode verificar pela [Figura 5](#).

A partir da semana 49 a actividade epidémica diminuiu gradualmente, com intensidade próxima da verificada nas semanas que antecederam o pico até à semana 53 de 2009. A partir desta semana a actividade epidémica diminuiu de forma mais lenta até à semana 6 de 2010 ([Figura 5](#)).

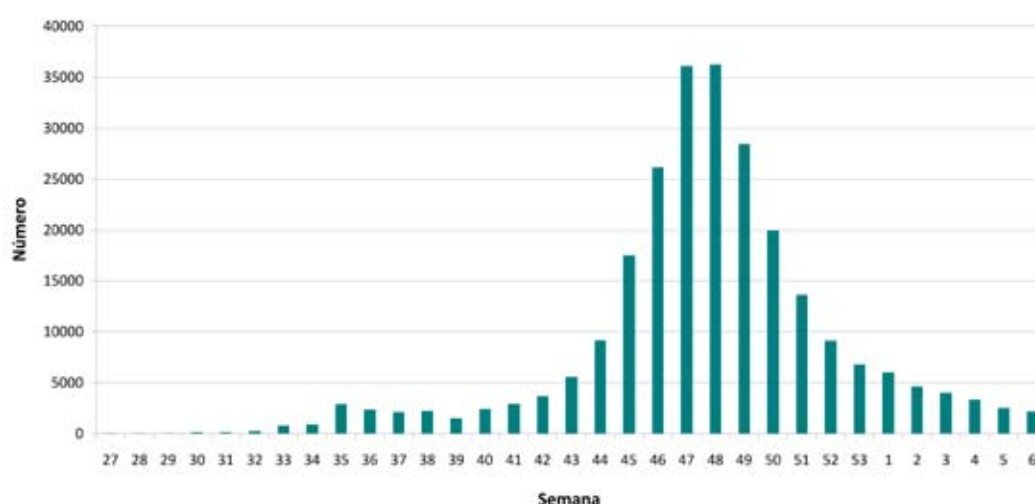


Figura 5 - Incidência semanal de casos de síndrome gripal em Portugal entre a semana 27 de 2009 e a semana 6 de 2010. (Fonte:DGS, SIARS, SiGripe, RA Açores e RA Madeira).

A curva epidémica calculada através da Rede de Médicos-Sentinela (**Figura 6**) revela uma antecipação no pico da epidemia para a semana 46. Este facto deve-se a que os Médicos-Sentinela fazem a notificação pela data de aparecimento dos sintomas e não pela data do diagnóstico.

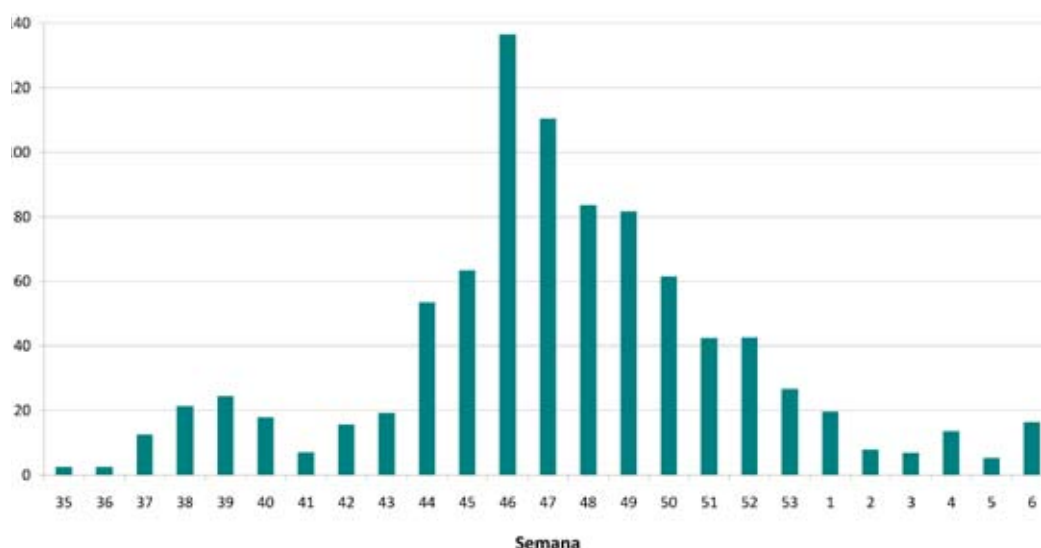


Figura 6 - Incidência semanal de casos de síndrome gripal em Portugal entre a semana 35 de 2009 e a semana 6 de 2010. (Fonte: INSA Médicos-Sentinela).

A taxa de ataque global foi de 0,02% na etapa de contenção e de 2,4% na etapa de mitigação (dados provisórios).

A estimativa da taxa de ataque calculada através dos casos de síndrome gripal que procuraram os cuidados de saúde do SNS foi bastante inferior à taxa de ataque esperada, de 10 a 15%, e em consequência, embora os perfis das curvas esperadas e observadas sejam muito semelhantes, verifica-se que um claro afastamento do volume global de casos esperados (**Figura 7**).

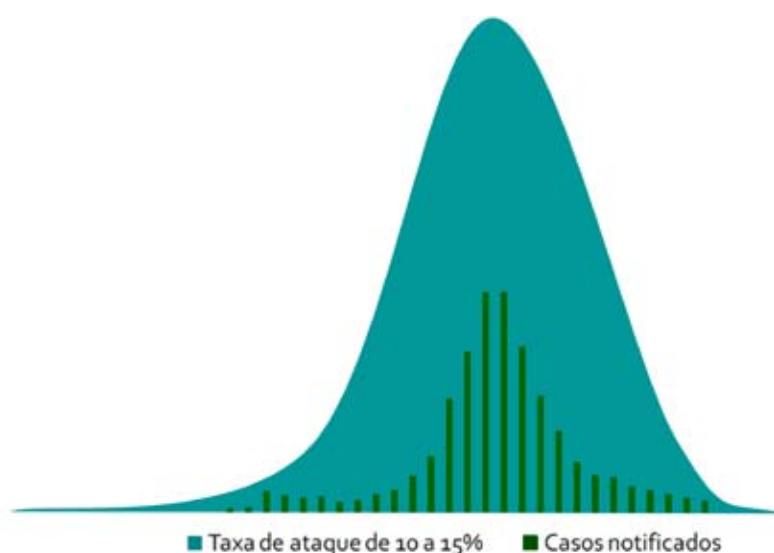


Figura 7 - Comparação entre a curva de incidência semanal de síndrome gripal notificados e uma hipotética curva correspondente a uma taxa de ataque entre 10% e 15%.

Muitos dos doentes por sua iniciativa ou por aconselhamento da Linha Saúde 24 não recorreram aos serviços de saúde mantendo uma atitude de autovigilância e medicação sintomática. Verificou-se ainda a ocorrência de casos muito ligeiros ou mesmo assintomáticos e, também, um fenómeno de subnotificação médica. É aceitável que o sistema de vigilância só tenha identificado um em cada quatro ou cinco doentes. Outros estudos estão a decorrer para melhorar esta estimativa.

Distribuição geográfica dos casos de síndrome gripal

Na fase de contenção, nas Regiões de Saúde do Algarve e de Lisboa a Vale do Tejo ocorreram 67,5% dos casos de gripe A(H1N1)2009, sendo o Algarve a região mais atingida com a actividade gripal, tendo sido responsável por 41% dos casos (Figura 8).

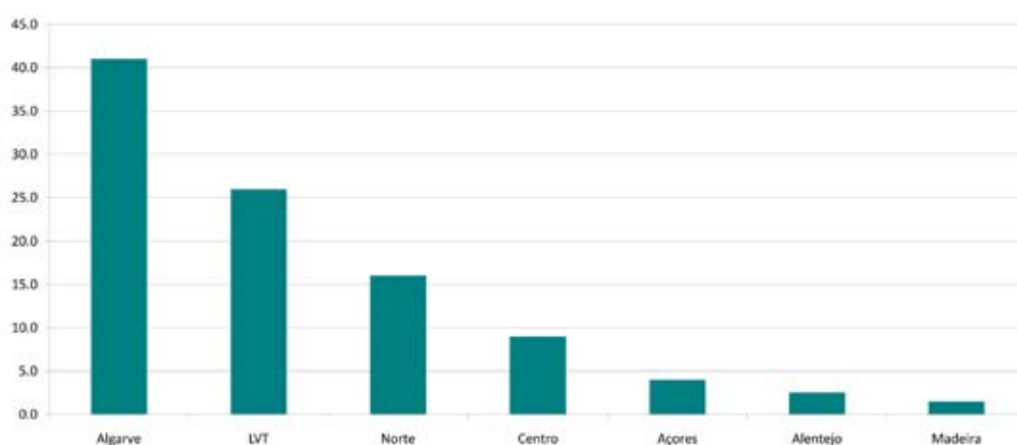


Figura 8 - Distribuição percentual dos casos em Portugal entre a semana 18 e a semana 34 de 2009. (Fonte: DGS, ARS, RA Açores, RA Madeira).

Pelos dados do SIARS verificou-se que a onda epidémica que se acelerou na 44ª semana de 2009 não atingiu todo o país simultaneamente. Foram necessárias seis semanas para atingir a generalidade do país e outras seis semanas para se dissipar. No entanto, pode-se verificar que alguns concelhos passaram, aparentemente, quase incólumes, nomeadamente, em parte do Alto Douro, interior das Beiras, interior do Baixo Alentejo e parte do Algarve (Figura 9).

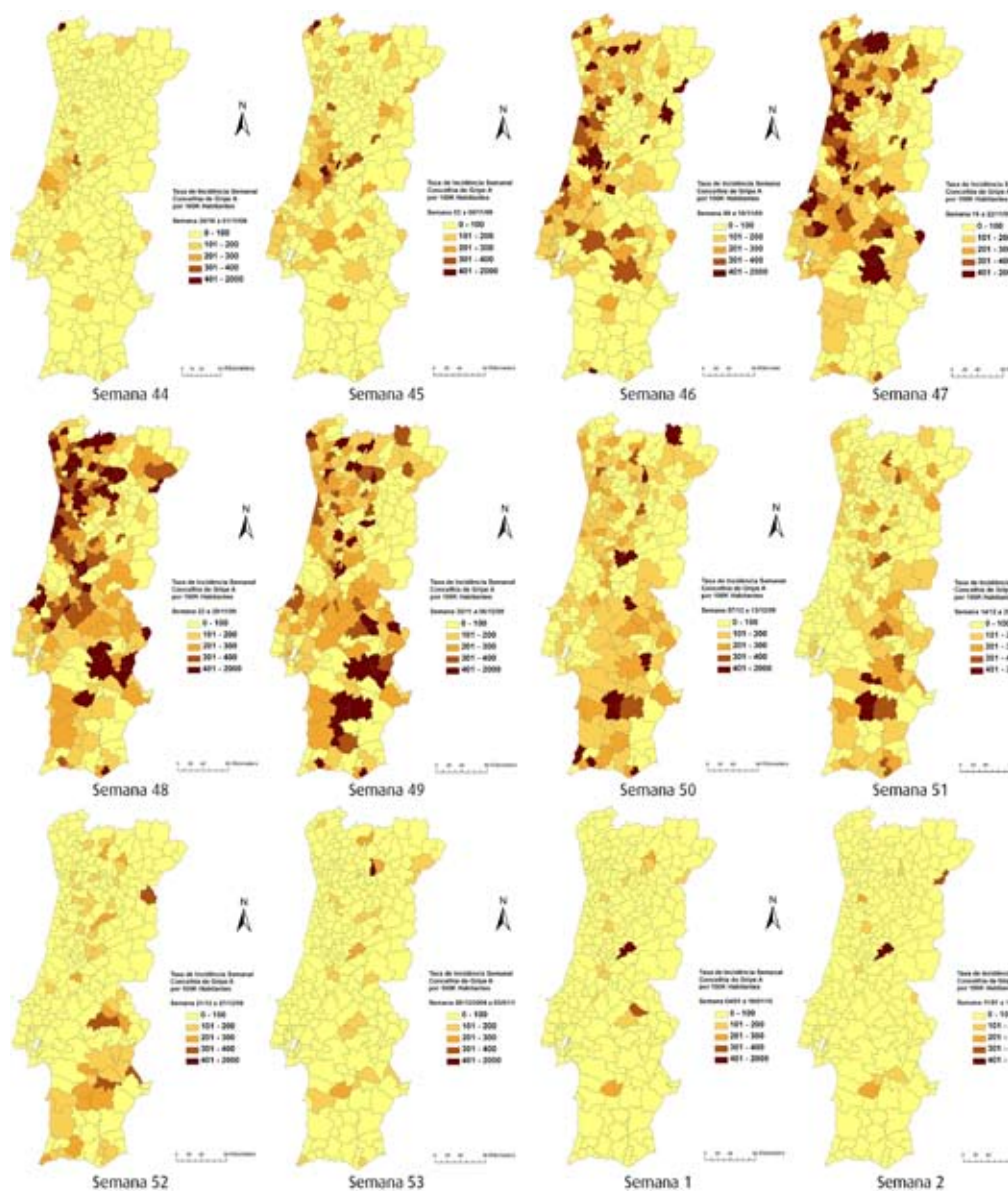


Figura 9 - Evolução da actividade gripal no Continente por concelho, entre a semana 44 de 2009 e a semana 2 de 2010. (Fonte: DGS, SIARS).

Na semana 44 os primeiros casos começaram a ser identificados de modo esporso, mas também com alguma concentração, principalmente no Minho e no Distrito de Leiria. Entre a 44ª semana e a 46ª semana a epidemia dispersou-se pelo litoral a Norte do Tejo com maior impacto nos Distritos de Leiria, Coimbra e Porto.

Na 47ª e 48ª semanas a onda epidémica avançou para Sul, ao longo do litoral alentejano e para o interior dos Distritos de Évora, Portalegre, Castelo Branco e Vila Real e intensificou-se ao longo do litoral ao Norte do Tejo mas na 48ª semana já se verificou tendência de diminuição no litoral Centro e de intensificação no Algarve.

Na 50ª semana a epidemia perdeu intensidade no litoral acima do Tejo, mantendo alguma intensidade em Beja e no Algarve.

Na 51ª semana a maioria do território do Continente, assim como a maioria da sua população, deixou de estar sob a influência da onda epidémica. Para além de alguns concelhos dispersos pelo interior centro e norte do País verificou-se que a epidemia se manteve apenas em Beja e no Algarve.

Na 52ª semana verifica-se que a incidência de síndrome gripal se torna cada vez mais esparsa a Norte e Centro do Continente aglomerando-se em parte do Alentejo e Algarve.

A partir da 53ª semana a actividade é residual com excepção de dois ou três concelhos do interior onde a actividade gripal se mantém intensa.

Distribuição etária dos casos de síndrome gripal

Na etapa de contenção, a distribuição dos doentes por grupo etário foi, como mencionado, 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 29 anos. Apenas 6% dos doentes tinham menos de cinco anos (**Figura 10**).

Na etapa de contenção 80% dos doentes tinham menos de 30 anos enquanto na etapa de mitigação houve uma diminuição para 67,3%. No entanto, enquanto até 21 de Agosto os menores de 10 anos representavam 15% dos casos, na etapa de mitigação este grupo etário passou a ser responsável por 30% dos casos. No grupo etário dos 20 aos 29 anos ocorreram 37% dos casos de gripe na etapa de contenção tendo os casos de síndrome gripal reduzido para 14% na etapa de mitigação (**Figura 10**).

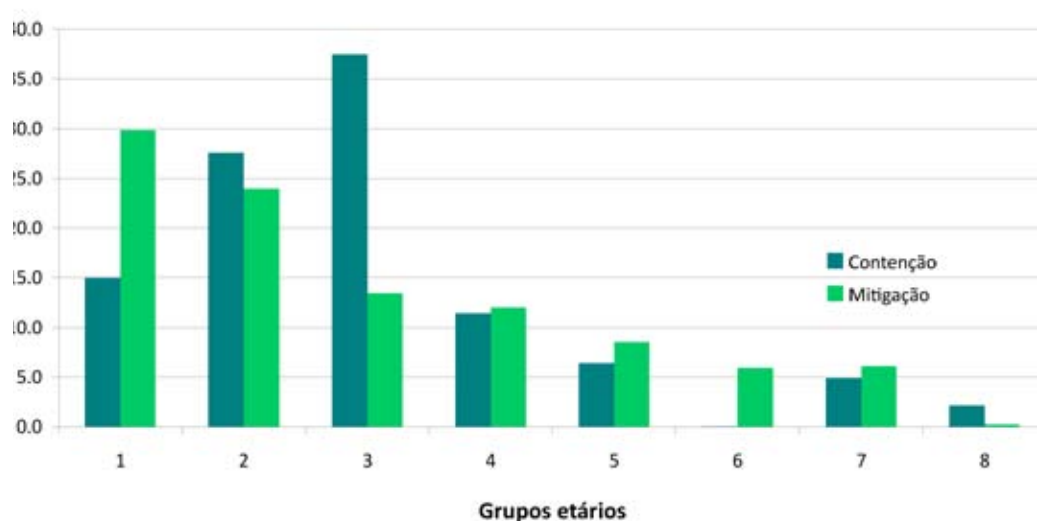


Figura 10 - Distribuição percentual dos casos de gripe A(H1N1)2009 (etapa de contenção) e dos casos de síndrome gripal (etapa de mitigação) por grupo etário em Portugal. (Fonte: DGS).

Durante a etapa de contenção, a taxa de ataque por grupos etários variou bastante, 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. (**Figura 11** e **Figura 12**).

Na etapa de mitigação a taxa de ataque global de síndrome gripal notificada (SIARS) foi de 2,4%, no entanto verificaram-se variações importantes entre grupos etários. No grupo dos menores de 10 anos a taxa de ataque foi de 4,8%, entre os 10 e os 19 anos foi de 3,7%, entre os 20 e os 29 foi de 1,7%, entre os 30 e os 39 anos foi de 1,3%, entre os 40 e os 49 anos foi de 1,0% e nos maiores de 49 anos foi de 0,5% (Figura 12).

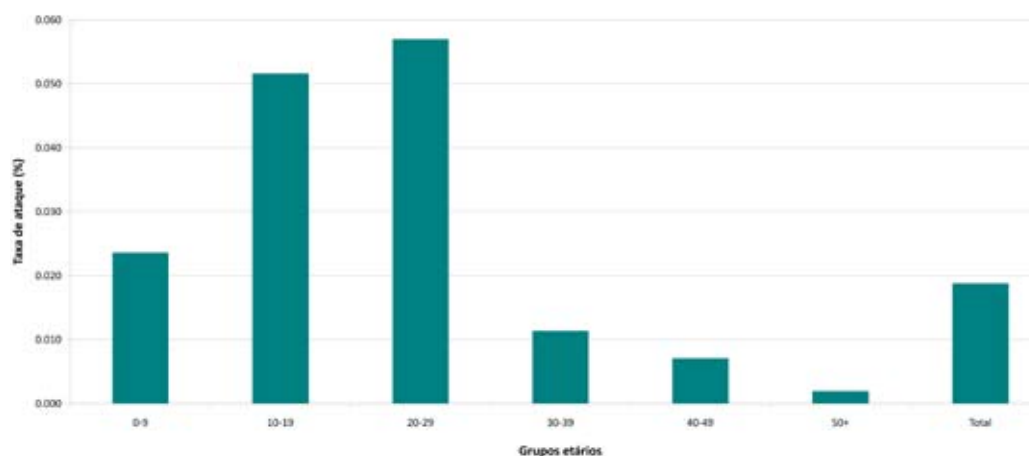


Figura 11 - Taxa de ataque de gripe A(H1N1) por grupo etário na etapa de contenção.
(Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

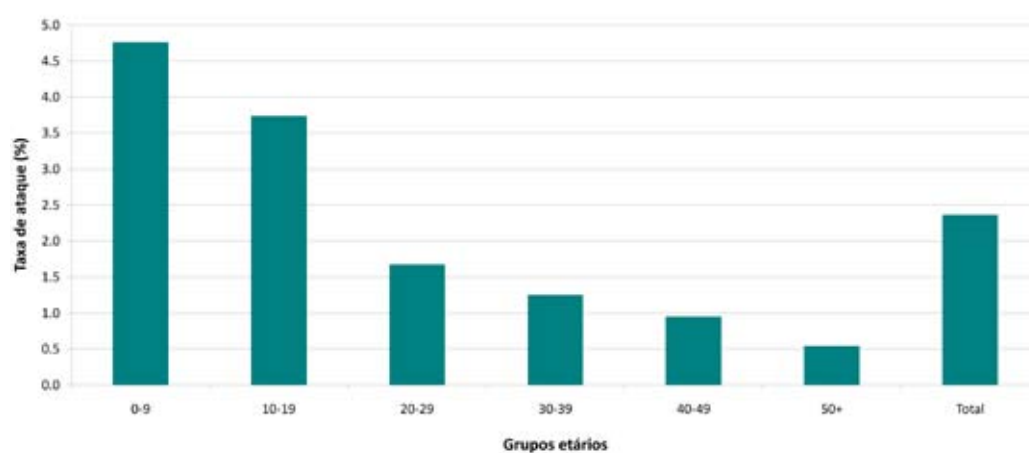


Figura 12 - Taxa de ataque de síndrome gripal por grupo etário na etapa de mitigação.
(Fonte: DGS, SIARS).

Verifica-se, deste modo, uma alteração relativa das taxas de ataque por grupo etário nas duas etapas de actividade gripal. Enquanto na etapa de contenção a maior taxa de ataque ocorreu no grupo entre os 20 e os 29 anos, seguido do grupo entre os 10 e os 19 anos e dos menores de 10 anos, na etapa de mitigação verifica-se uma tendência decrescente com o aumento da idade, verificando-se que a maior taxa de ataque ocorreu nos menores de 10 anos seguindo-se os restantes grupos etários.

De acordo com os dados constantes no SIARS verificou-se um aumento do peso relativo do número de casos nos grupos etários mais jovens, o que também se verificou através dos dados da Rede Médicos-Sentinela ([Figura 13](#)).

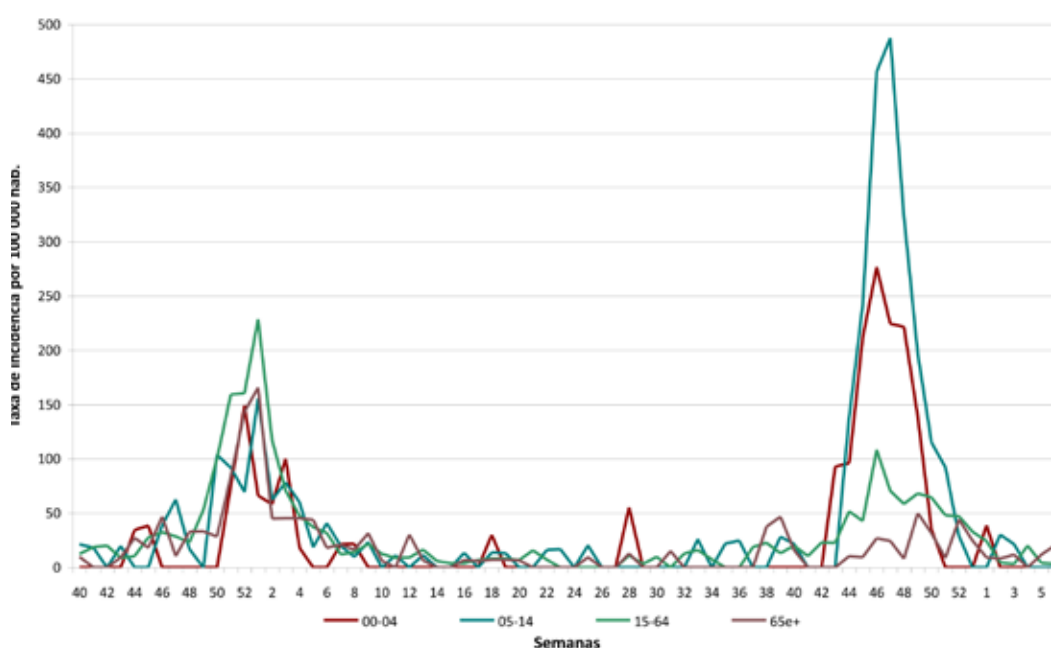


Figura 13 - Taxa de incidência por síndrome gripal por grupo etário no período da actividade epidémica de 2008/2009 e no período epidémico de gripe A(H1N1)2009. (Fonte: INSA, Médicos-Sentinela).

Caracterização sindromática

Relativamente ao grau de gravidade da doença verificou-se, na etapa de contenção, que 81% dos casos apresentaram formas ligeiras da doença, 12% apresentaram formas moderadas e 1% tiveram quadros clínicos graves¹⁴.

Os sintomas e sinais mais frequentes foram, por ordem decrescente, febre (85%), tosse (84%), mialgias (66%), cefaleias (55%), odinofagia (50%), rinorreia (38%), artalgias (16%), diarreia (13%), vómitos (10%) e pneumonia (0,7%) (**Figura 14**).

No que se refere a esta etapa, 63% dos casos não necessitaram de tratamento com antivirais, enquanto 32% fizeram terapêutica com oseltamivir¹⁵, em 5% não se conhece a situação

Na etapa de mitigação não foi possível avaliar directamente a gravidade dos doentes. Apenas indirectamente, através do número de internamentos em enfermaria e UCI e respectiva evolução, se pode inferir o carácter moderado da epidemia.

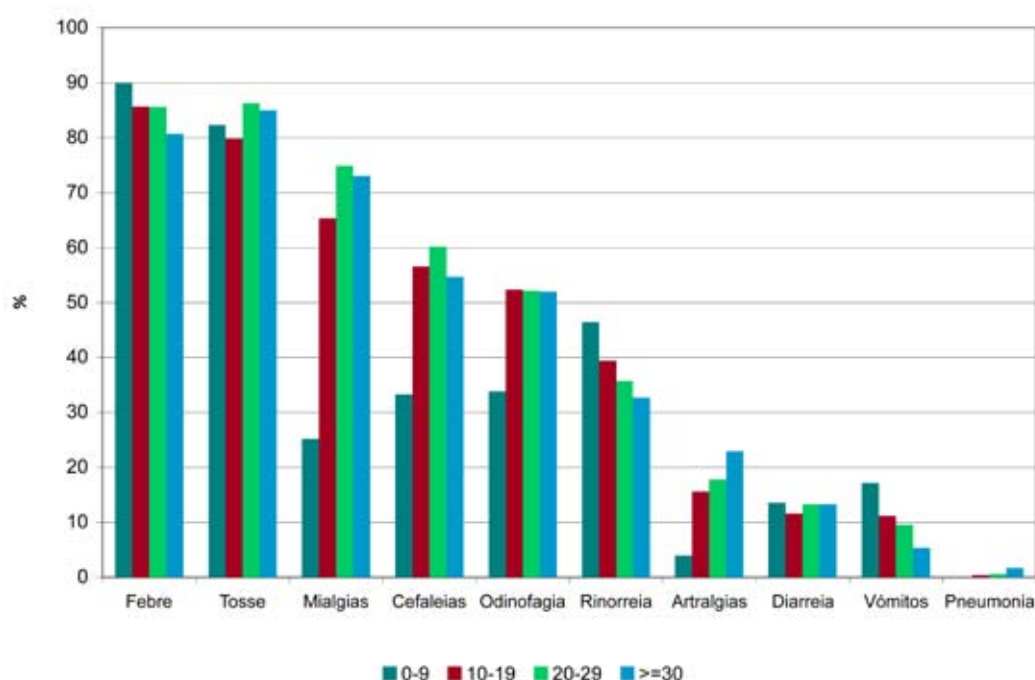


Figura 14 - Frequência de sinais e sintomas por grupo etário – etapa de contenção em Portugal.
(Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

¹⁴ Em 6% foi desconhecida a gravidade da doença.

¹⁵ A terapêutica não foi registada em 5% dos casos.

Internamentos por gripe

Entre a 36ª semana de 2009 e a 6ª semana de 2010 foram notificados 1436 internamentos. A evolução da curva de internamentos manteve-se paralela à curva de incidência da síndrome gripal e corresponderam a 0,6 do total de casos de síndrome gripal identificados pelo sistema de vigilância (Figura 15).

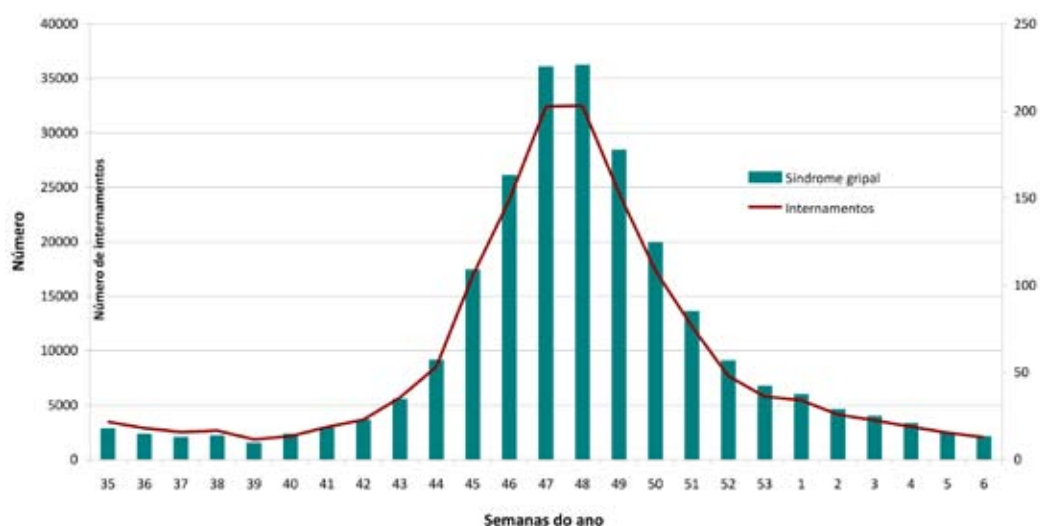


Figura 15 - Número de casos de síndrome gripal e de internamentos, entre as semanas 35 de 2009 e a semana 6 de 2010 em Portugal. (Fonte: DGS, SIARS, RA Açores e RA Madeira).

Desses internamentos foi identificado o sexo dos doentes em 1256. Não houve diferença global entre os dois sexos, os homens corresponderam a 51% dos casos e as mulheres a 49%. O grupo etário até aos 24 anos foi responsável por 37,8% dos internamentos enquanto o grupo etário entre os 25 e os 54 anos representou 45,5% dos internamentos. Estes dois grupos etários representaram 83,3% do total de internamentos (Figura 16).

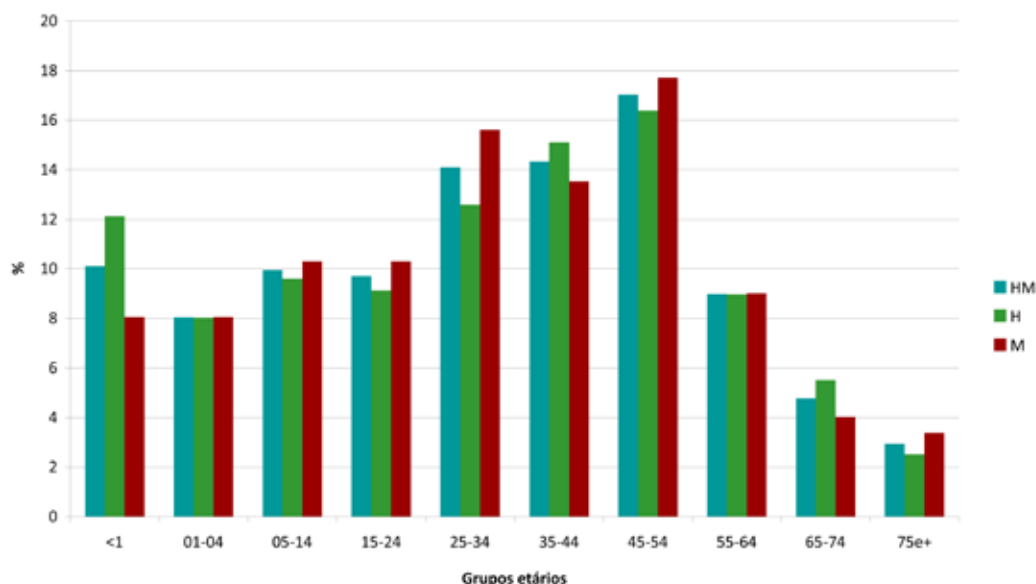


Figura 16 - Proporção de internamentos por gripe por grupo etário, entre a semana 35 de 2009 e a semana 6 de 2010 em Portugal. (Fonte: DGS, ARS, RA Açores e RA Madeira).

Nos meses de Novembro e Dezembro de 2010 ocorreram 90,1% dos internamentos por gripe A(H1N1) 2009 (Figura 17).

O número médio de dias de internamento foi de 4,6 dias, com um mínimo de zero dias e o máximo 75, sendo a mediana de 3 dias.

Dos internados 193 doentes foram admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos.

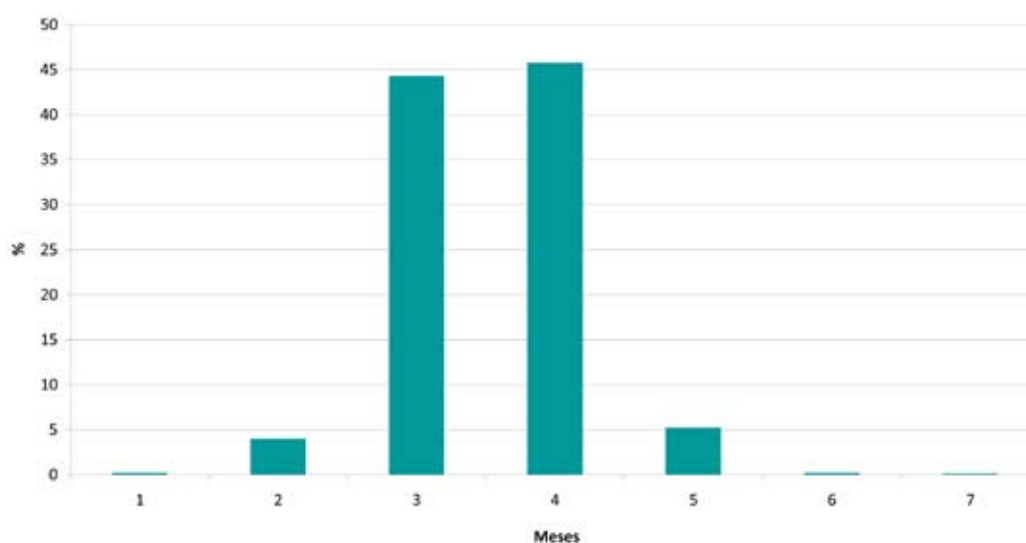


Figura 17 - Proporção de internamentos por gripe por meses em Portugal. (Fonte: DGS, ARS, RA Açores e RA Madeira).

Mortalidade

Em Portugal, no decurso da pandemia foram notificados 124 óbitos por gripe provocados pela estirpe A(H1N1)2009.

Todos os casos foram confirmados laboratorialmente por RT-PCR¹⁶. Com excepção de um, todos os óbitos ocorreram em instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Os 124 óbitos ocorridos em território nacional correspondem a uma mortalidade de 1,15 por 100 000 habitantes, cerca de um terço do valor estimado pelo ECDC (até 3 por 100 000 habitantes) para o “pior cenário razoável” (9). Os valores da mortalidade específica em Portugal foram superiores à média dos países da União Europeia (10), mas inferiores aos valores máximos observados.

Na Tabela 1 apresentam-se os valores absolutos de mortalidade específica e por 100 000 habitantes e por região de residência. Dos 124 óbitos ocorridos em território português, 123 reportam a cidadãos residentes em Portugal e um a um cidadão português residente no estrangeiro.

Região de residência	Número de óbitos	Taxa Bruta de Mortalidade por 100 000 habitantes
TOTAL*	124	1,17
Portugal	122	1,15
Portugal Continental	106	1,05
Região Norte	45	1,20
Região Centro	26	1,45
Região Lisboa e Vale do Tejo	29	0,79
Região Alentejo	4	0,79
Região Algarve	2	0,47
Região Autónoma Madeira	13	5,26
Região Autónoma Açores	3	1,23
Estrangeiro	2	NA

* Inclui um óbito de cidadão estrangeiro não residente e um óbito de um cidadão português residente no estrangeiro.

Tabela 1- Distribuição do número dos óbitos por gripe A(H1N1)2009 e respectivas taxas de mortalidade específica por região de saúde e região autónoma de residência, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal. (Fonte: DGS, RA Madeira e RA Açores)

¹⁴ A mortalidade por gripe sazonal é calculada por extrapolação a partir do excesso de mortalidade verificado em relação a um valor base esperado, durante o período epidémico da actividade sazonal e sem confirmação laboratorial.

A curva da distribuição da mortalidade acompanhou a do número semanal de casos de gripe com um desfasamento temporal de 2 a 3 semanas (Figura 18).

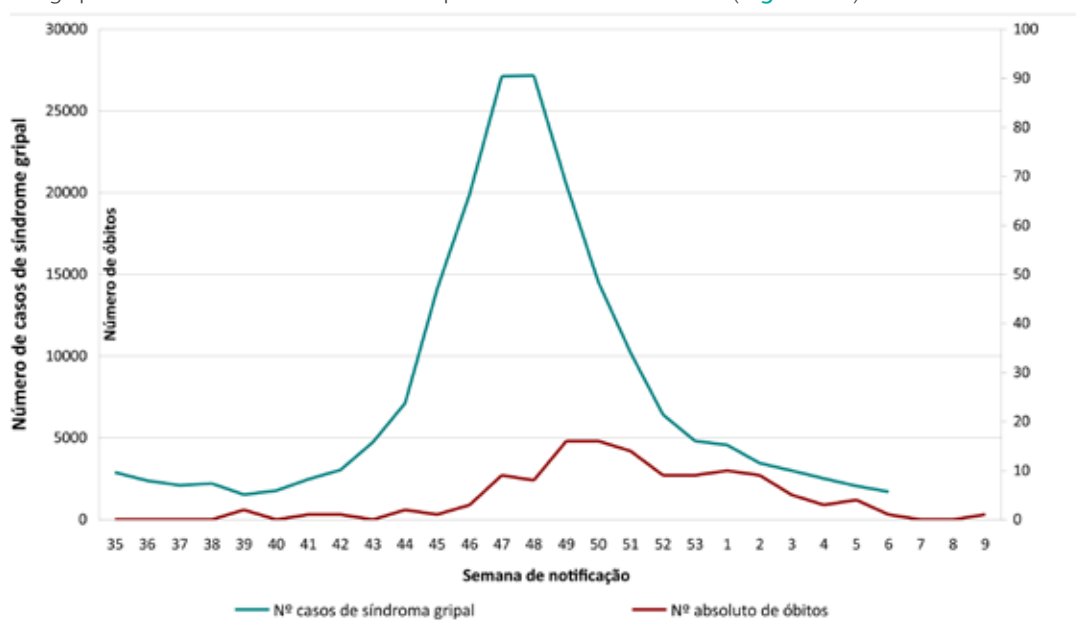


Figura 18 - Número de casos de síndrome gripal e de óbitos por gripe A(H1N1) 2009 por semana, entre a semana 17 de 2009 e a semana 9 de 2010, em Portugal. (Fonte: DGS, SIARS, SIGRIPE, RA Açores e RA Madeira).

O mês com maior número de óbitos foi Dezembro de 2009 com 57 óbitos (46% do total), verificando-se o pico máximo da mortalidade nas semanas 49 e 50 (30 de Novembro a 13 de Dezembro), com 16 óbitos. Na figura seguinte, apresenta-se a distribuição semanal dos óbitos e o total acumulado.

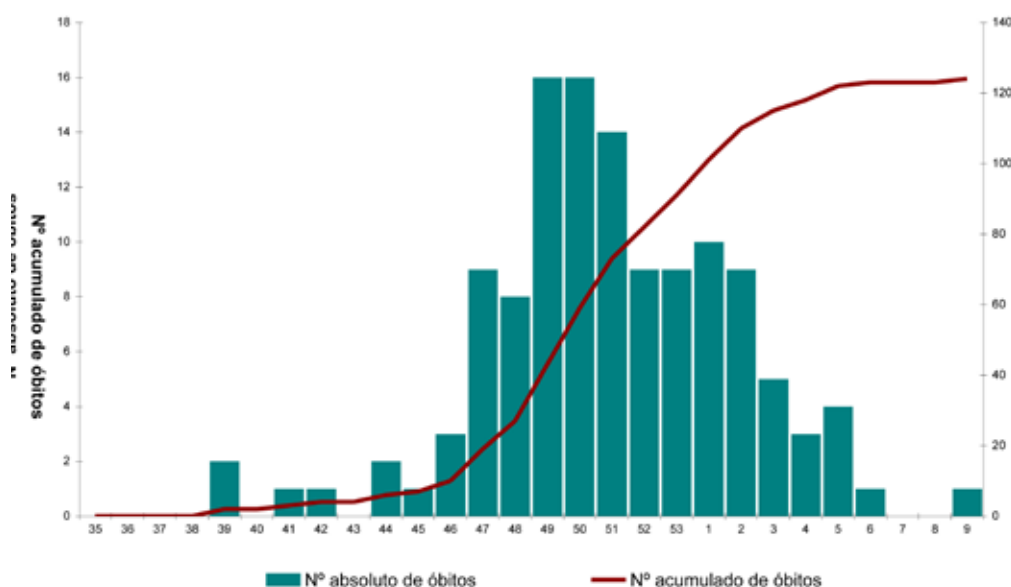


Figura 19 - Número de óbitos absoluto e acumulado por gripe A(H1N1)2009 por semana de notificação, entre a semana 35 de 2009 e a semana 9 de 2010, em Portugal. (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

A idade média de ocorrência dos óbitos foi de 47,6 anos e a mediana 49 anos. A maioria pertencia ao sexo masculino (59,7%), sendo semelhantes as idades médias dos doentes dos dois sexos (Tabela 2).

	Número (%)	Idade média (mediana)	Taxa bruta de Mortalidade por 100 000 habitantes
Total*	124 (100%)	47,6 anos (49 anos)	1,17
Sexo			
Masculino	74 (59,7%)	47,9 anos (50 anos)	1,44
Feminino	50 (40,3%)	46,9 anos (47 anos)	0,91

* Inclui um óbito de um cidadão estrangeiro não residente e um óbito de um cidadão nacional residente no estrangeiro

Tabela 2 - Número, proporção, idade média, mediana e taxa de mortalidade dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo o sexo, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

Cerca de metade dos óbitos (46,8%) tinha uma idade compreendida entre os 45 e os 64 anos¹⁷. A distribuição etária dos doentes encontra-se na Tabela 3. As idades mínima e máxima foram de 5 meses e 88 anos, respectivamente.

Se se utilizar o valor limite de 70 anos, os anos potenciais de vida perdidos estimados são 2853 anos para ambos os sexos, o que equivale a uma taxa de anos potenciais de vida perdidos de 30,78/100 000 habitantes, uma perda significativa resultante da baixa idade média dos óbitos.

A reorganização dos grupos etários permite evidenciar o impacto na mortalidade, conforme demonstra a tabela seguinte.

Grupo etário	Número de óbitos (%)	Taxa Bruta de Mortalidade por 100 000 habitantes
Total	124 (100%)	1,17
00-04 anos	2 (1,6%)	0,38
05-14 anos	4 (3,2%)	0,37
15-64 anos	102 (82,3%)	1,43
15-44 anos	44 (35,5%)	1,00
45-64 anos	58 (46,8%)	2,13
65+ anos	16 (12,9%)	0,85

* Inclui um óbito de um cidadão estrangeiro não residente e um óbito de um cidadão nacional residente no estrangeiro

Tabela 3 - Número, proporção e taxa de mortalidade dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo o grupo etário, entre a semana 17 de 2009 e a semana 9 de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

Nos 124 óbitos, ignora-se a presença de factores de risco para doença grave num doente com infecção pelo vírus influenza A(H1N1) 2009. Dos restantes 123, 41 (33,3%) não apresentavam factores de risco. Nos 41 doentes sem factores de risco, a idade média foi 46,8 anos, sem diferença significativa com os doentes que apresentavam factores de risco e que tinham idade média de 48,5 anos.

Das 7 crianças (idade ≤ 18 anos), 6 apresentavam factores de risco e na outra criança a informação não está disponível.

¹⁷ Em Portugal, 82% dos doentes com mortalidade atribuída à gripe sazonal 2008-09 tinham idade igual ou superior a 75 anos (11).

O factor de risco mais frequente foi a doença pulmonar crónica, presente em 20 (24,7%) doentes (Tabela 4)

Verificou-se que 30 doentes (36,6%) tinham mais do que um factor de risco, e que 12 doentes apresentavam obesidade embora não morbida.

Factores de Risco	Número (%)
Total com factores de risco	82 (100%)
Doença pulmonar crónica	20 (24,7%)
Doença cardíaca crónica	17 (20,7%)
Imunodepressão	16 (19,5%)
Doença metabólica crónica	15 (18,3%)
Doença oncológica	14 (17,1%)
Doença neurológica/neuromuscular	14 (17,1%)
Doença hepática crónica	11 (13,4%)
Obesidade mórbida ¹⁸	8 (9,8%)
Doença renal crónica	4 (4,9%)
Gravidez/puerpério (≤ 15 dias)	1 (1,2%)

Tabela 4 - Número e proporção dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo a existência de factores de risco e por factor de risco, entre a semana 17 de 2009 e a semana 9 de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

¹⁸Foi considerada obesidade mórbida:
• crianças <10 anos: IMC \geq 25
• crianças \geq 10 anos e \leq 18 anos: IMC \geq 35
• adultos: IMC \geq 40.

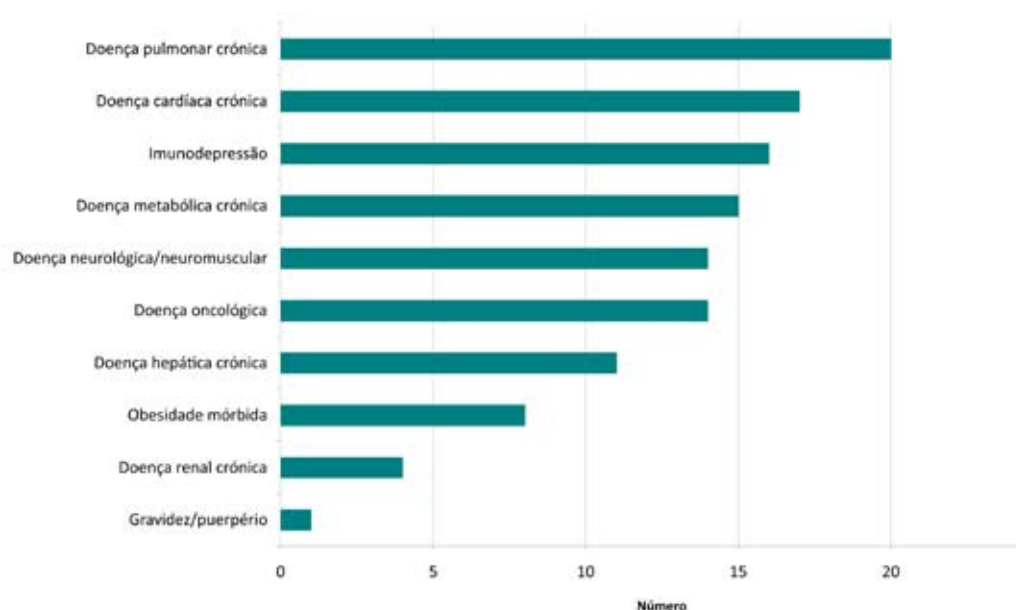


Figura 20 - Número de óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo a existência de factores de risco e por factor de risco, entre a semana 17 de 2009 e a semana 9 de 2010, Portugal.
(Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

Nenhum dos 82 doentes com factores de risco estava vacinado/imunizado contra a gripe pandémica, embora dois com imunodepressão grave (neoplasia hematológica activa) tivessem feito a primeira toma da vacina e um terceiro tivesse contraído a doença na primeira semana após a vacinação (N=79).

Em 64 dos 79 casos foi possível estabelecer o intervalo de tempo entre a data de admissão hospitalar e a conclusão do esquema vacinal caso tivessem sido vacinados, de acordo com o grupo de risco e o calendário de vacinação respectivos, tendo-se verificado que:

- Em 29 (45,3%), o intervalo foi maior ou igual a 4 semanas
- Em 5 (7,8%), o intervalo foi superior a 3 mas inferior a 4 semanas
- Em 30 (46,9%), o intervalo foi inferior a 3 semanas

Verificou-se que 105 doentes (89,0%; N=118) efectuaram terapêutica com oseltamivir e em 3 deles foi também administrado zanamivir, por via endovenosa, por disfunção gastrointestinal ou suspeita de resistência ao oseltamivir. Dos 13 (11,0%) doentes que não fizeram terapêutica com inibidores da neuraminidase, ignora-se a demora de internamento em 2 e 7 (63,6%; N=11) faleceram nas primeiras 24h após admissão hospitalar. A data de confirmação laboratorial (RT-PCR) é desconhecida em 3 casos e em 9 (90%) só foi conhecida depois do óbito ter ocorrido.

Dos 124 doentes em que ocorreu o óbito, 95 (77,2%) estiveram internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Em 94 (98,9%) procedeu-se a ventilação mecânica invasiva e três foram também submetidos a ECMO (*ExtraCorporal Membrane Oxygenation*).

A causa directa de morte é desconhecida num doente cujo resultado da autópsia está em segredo de justiça. Nos outros 123, a mais frequente causa directa de morte foi a pneumonia viral primária, em 98 (79,7%) doentes, independentemente do grupo etário e da presença de factores de risco. Na tabela 5 apresenta-se a distribuição dos óbitos segundo a causa de morte.

Causa de morte	Número (%)
Causa de morte ignorada	1 (0,8%)
Causa de morte conhecida	123 (99,2%)
Causa de morte	123 (100%)
Infecção viral	101 (82,1%)
Pneumonia viral primária	98 (79,7%)
Encefalite e/ou miopericardite viral	3 (2,4%)
Complicação/intercorrência	10 (8,1%)
Descompensação de co-morbilidade	8 (6,5%)
Pneumonia bacteriana secundária	4 (3,3%)

Tabela 5 - Número e proporção dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo a causa de morte, entre a semana 17 de 2009 e a semana 9 de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).

Procura de cuidados de saúde em serviços de urgência hospitalares e de centros de saúde

Para avaliar o eventual excesso de procura de cuidados de saúde em serviços de urgência hospitalares e de cuidados de saúde primários, comparou-se a procura no período entre a 45ª semana de 2009 e a 6ª semana de 2010 com a procura nas 15 semanas anteriores¹⁹.

Para avaliar o impacto sobre a procura comparou-se o número de episódios esperados semanalmente (número de episódios semanais das 15 semanas anteriores) com o número de episódios observados através da diferença entre observados e esperados (O-E) e a razão entre episódios observados e esperados (O/E).

Os resultados revelaram um impacto globalmente pequeno, de cerca de seis por cento, o que corresponde a um excesso de 76.873 episódios. No entanto, quando se faz a análise por grupos etários verifica-se que o impacto foi muito heterogéneo e tanto maior quanto menor o grupo etário (Figura 21).

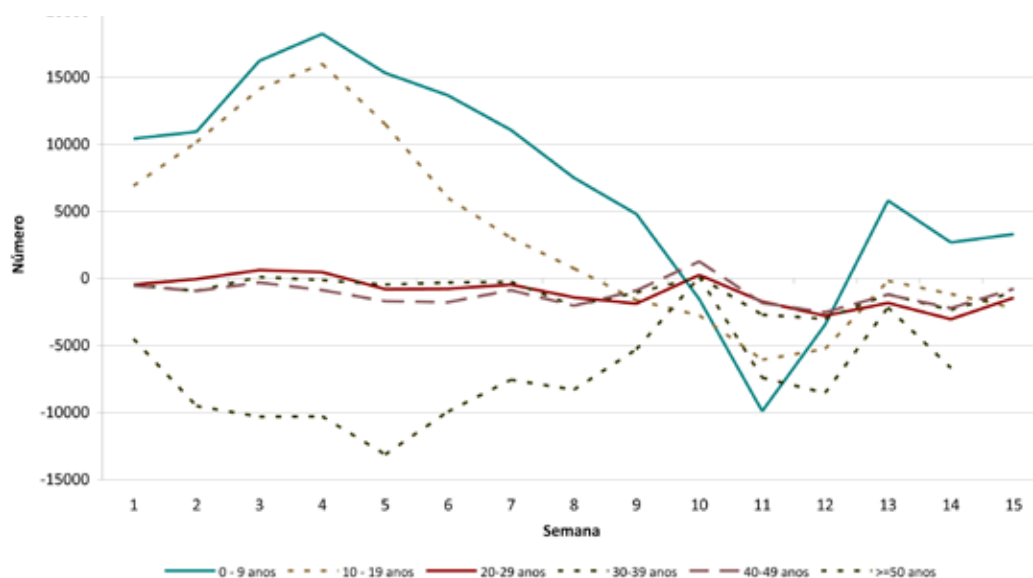


Figura 21 - Diferença entre os valores observados e esperados do n.º de episódios semanais de urgências entre a semana 45 de 2009 e a semana 6 de 2010, por grupo etário, em serviço de Saúde do Continente. (Fonte: DGS).

¹⁹ Na análise consideraram-se somente as semanas até à 53ª semana do ano quando a procura regressou aos valores esperados.

No grupo etário dos menores de 10 anos verificou-se um excesso de 28% o que corresponde a 104.807 episódios a mais que o esperado. Entre as semanas 45 e 52 o excesso de procura foi sempre superior a 40%, atingindo o máximo na semana 48 com 79% de excesso.

De igual modo, no grupo etário dos 10 aos 19 também ocorreu excesso de procura de cuidados de saúde, havendo mais 48.989 que o esperado o que correspondeu a um excesso de 26%. Mas entre as semanas 45 e 50 o excesso de procura esteve sempre acima dos 50%, havendo duas semanas (47 e 48) em que o número de episódios foi mais do dobro do esperado (2,3 e 2,4 vezes mais, respectivamente).

Nos restantes grupos etários a procura foi sempre menor à esperada, no entanto, no grupo etário dos 20 aos 29 houve duas semanas em que ocorreu excesso de procura.

De igual modo no grupo etário dos 30 aos 39 verificou-se uma semana com ligeiro excesso na procura.

Nos grupos etários maiores que 39 anos não ocorreu excesso de procura em qualquer semana da actividade epidémica. Aliás, somente após a entrada em declínio da actividade gripal é que ocorreram alguns picos na procura de cuidados de saúde neste grupo etário²⁰.

Verificou-se que, apesar das limitações da abordagem, os resultados são coerentes com os dados conhecidos da incidência que demonstram um impacto fortemente decrescente com o aumento do grupo etário. Estes dados demonstram que a gripe pandémica teve uma maior influência nos menores de 30 e, particularmente, nos menores de 10 anos.

²⁰ Reconhece-se que seria mais adequado utilizar períodos homólogos de anos anteriores, mas esse método tem a limitação de incluir os períodos de gripe sazonal, o que iria subestimar a procura.

Vigilância laboratorial

A Rede Laboratorial para o Diagnóstico da Infecção pelo Vírus A(H1N1) é composta por 12 laboratórios que vieram complementar o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Laboratório Regional de Saúde Pública Laura Ayres; Hospitais da Universidade de Coimbra; Hospital Central do Funchal; Hospital de Curry Cabral; Hospital de S. João; Hospital de Santa Maria; Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo; Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; Hospital do Espírito Santo de Évora; Instituto de Medicina Molecular da FML da Universidade de Lisboa; Hospital Dona Estefânia e Centro Hospitalar do Porto.

Entre a semana 15 de 2009 e a semana 8 de 2010 foram enviadas amostras relativas a 36 387 casos dos quais 15 719 foram positivas, correspondendo, a um valor preditivo positivo (VPP) referente ao quadro clínico de 43,2% (Figura 22).

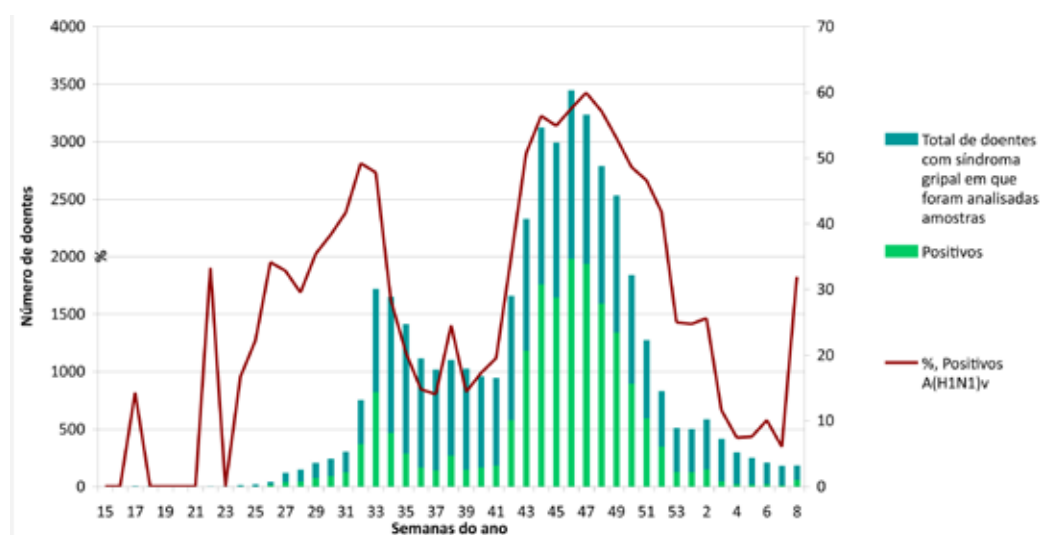


Figura 22 - Número de amostras/casos semanais enviados ao laboratórios, total e percentagem de casos positivos para A(H1N1)2009. (Fonte: INSA).

Neste período verificou-se na 47ª semana de 2009 o maior valor preditivo dos positivos (59,9%) e na quarta semana de 2010 o menor (7,4%) (Figura 22).

A proporção mais elevada de casos positivos observou-se no grupo etário 5-14 anos (63,4%) e a mais baixa no grupo etário dos 50-64 anos (25%) (Figura 23).

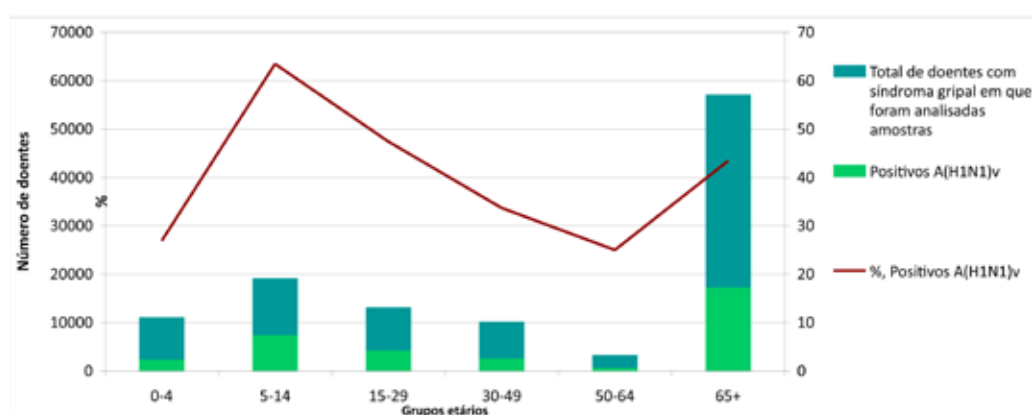


Figura 23 - Número de amostras/casos por grupo etário enviado aos laboratórios, total e percentagem de casos positivos para A(H1N1)2009. (Fonte: INSA).

Este padrão de VPP é coerente com o esperado, já que este tende a aumentar com a prevalência e a diminuir com esta. Portanto, nas semanas de maior incidência seria de esperar um aumento do VPP e uma descida do seu valor com a diminuição da incidência e consequente redução da prevalência.

Este padrão é, em consequência, comum à evolução semanal e à distribuição por grupos etários.

Para a maioria dos casos analisados na Fase de Mitigação a informação disponível não incluía a patologia ou condição pré-existente. Dos registos que incluíam esta informação, conclui-se que, as condições mais referidas foram “Doença pulmonar”, “Doente internado” e “Criança com menos de 1 ano”, para além das categorias “Outra condição” e “Outra patologia” (Figura 24).

As proporções mais elevadas de casos positivos foram observadas nos casos suspeitos com “Doença pulmonar” (54,4%), “Grávidas” (44,0%) e “Epilepsia” (41,3%) assim como nas categorias “Não especificado”, “Outra condição” e “Outra patologia” (Figura 24).

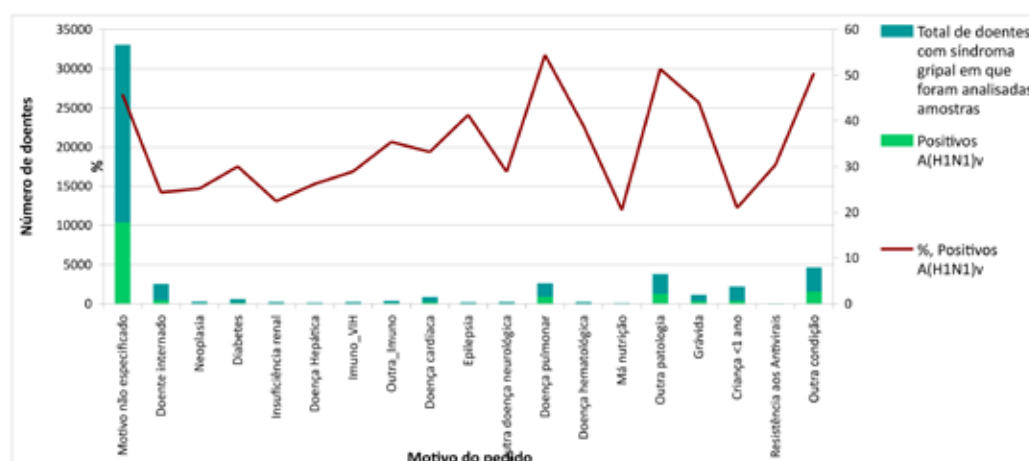


Figura 24 - Número de doentes por motivo de pedido de análise enviados ao laboratórios, total e percentagem de casos positivos (VPP) para A(H1N1)2009. (Fonte: INSA).

PREVENÇÃO, CONTENÇÃO E CONTROLO

O eixo/área funcional “Prevenção, Contenção e Controlo” do Plano de Contingência inclui dois tipos de medidas: Medidas de Saúde Pública e Prestação de Cuidados de Saúde. Por sua vez a Prestação de Cuidados engloba as áreas do Ambulatório, do Internamento e de Vacinas e Medicamentos. Para a execução do proposto neste eixo foi constituída uma equipa que integrou técnicos internos e externos à DGS.

A maior parte dos elementos da equipa²¹ fizeram parte do Grupo Operativo Nacional para a Gripe conforme consta no Despacho nº 7/2010 do Director-Geral da Saúde. Sempre que necessário recorreu-se a peritos de outras instituições que colaboraram com a DGS.

Medidas de saúde pública

As medidas de saúde pública referem-se ao conjunto de intervenções não clínicas e/ou medicamentosas, com o objectivo de abrandar a progressão da epidemia e minimizar o seu impacte, baseando-se principalmente no reconhecimento da eficácia das acções que visaram o distanciamento social e o aprofundamento da higiene respiratória.

Estas medidas destinaram-se basicamente a três públicos-alvo: os profissionais de saúde, as empresas e os serviços do Estado e os cidadãos em geral.

Para os profissionais de saúde foram desenvolvidas Orientações Técnicas (OT) de acordo com o previsto no Plano de Contingência e tendo em atenção a melhor evidência epidemiológica e científica disponível em cada momento. As primeiras OT referentes à gripe A(H1N1)2009 foram emanados a 1 de Maio de 2009.

Para melhor adequação à realidade do País e para obtenção de uma ampla base de consenso houve necessidade de formar grupos de trabalho, com integração de elementos das sociedades científicas, para produção de documentos referentes a grupos particulares como os doentes insuficientes renais, os diabéticos, as grávidas e as crianças.

A evolução do conhecimento científico, os dados da vigilância epidemiológica e a disponibilidade de medicamentos e vacinas condicionaram que esta documentação fosse sucessivamente actualizada de modo a corresponder às reais necessidades dos serviços de saúde.

Simultaneamente com a produção documental destaca-se o investimento nas actividades de formação dos profissionais de saúde. Estas actividades abrangeram unidades de saúde do SNS (centros de saúde e hospitais) e outras, nomeadamente do sector privado. Utilizaram-se várias metodologias incluindo a participação em eventos científicos.

²¹ Orientação da Área funcional: Graça Freitas; Responsável pela Área funcional: Ana Leça; Responsável pelas Medidas de Saúde Pública: Ana Maria Santos Silva; Responsável pelo Núcleo para a Sanidade Internacional: Maria João Martins; Responsável pelo Núcleo para as Empresas: Etelvina Calé; Responsável pelo Núcleo para as Respostas Sociais: Constantino Sakellarides; Responsável pela Prestação de Cuidados de Saúde em Internamento: Filipe Froes; Responsável pela Prestação de Cuidados de Saúde em Ambulatório: Ana Maria Santos Silva; Responsável pela área das Vacinas e Medicamentos: Graça Freitas. Membros da equipa: Ana Meireles, António Diniz, António Fonseca Antunes, Belmira Rodrigues, Cristina Galvão, Fátima Dias, Isabel Castelhão, João Vintém, José Ramon Vicente, Lisa Vicente, Margarida Tavares, Mariana Neto, Paula Maria Valente, Teresa Fernandes.

De realçar que a nível regional e local/institucional houve também um forte investimento na formação descentralizada e em cascata.

Relativamente às empresas e a outros sectores do Estado nomeadamente, o Ministério da Educação, da Administração Interna e da Agricultura, desenvolveu-se um trabalho conjunto que numa primeira fase resultou na realização dos planos de contingência daqueles sectores e durante a fase pandémica na aplicação das medidas de saúde pública pertinentes.

De realçar que a adesão generalizada das empresas e dos serviços do Estado na divulgação junto dos seus colaboradores e clientes/utentes de materiais de boas práticas de higiene respiratória e outros bem como na disponibilização de materiais e equipamentos facilitadores dessa boas práticas, nomeadamente da higiene das mãos.

Relativamente aos cidadãos em geral foi-lhes disponibilizada informação e meios que lhes permitiram aderir e participar nas medidas propostas. No capítulo da Comunicação estão representados alguns dos materiais informativos utilizados.

A presença de representantes da DGS em programas de grande audiência na rádio e televisão corresponderam a uma estratégia de informação e divulgação considerada crucial para a prevenção da doença e minimização do seu impacto.

É, portanto, de realçar a influência dos media, nem sempre de sentido positivo, em todo o processo de adopção de medidas de saúde pública.

As medidas de saúde pública adoptadas encontravam-se organizadas por áreas, por:

- Medidas referentes a viajantes
- Protecção individual e Equipamento de Protecção Individual (EPI)
- Higiene das mãos
- Higiene respiratória
- Distanciamento social
- Controlo de surtos

Durante a fase pandémica foi ainda desenvolvido um projecto de “Respostas sociais”.

Medidas referentes a viajantes

Na etapa de contenção foram divulgados Orientações Técnicas sobre os procedimentos a adoptar pelas autoridades de saúde, os serviços de saúde e as autoridades portuárias e aeroportuárias perante a existência de um caso suspeito num viajante. A gestão destas situações podia implicar não apenas medidas de saúde pública mas também a prestação de cuidados em ambulatório e/ou internamento.

Foi também disponibilizada, através do *site* da DGS, informação e recomendações destinada a viajantes de e para áreas afectadas pelo novo vírus bem como a identificação dessas áreas.

Protecção individual e Equipamento de protecção individual (EPI)

Estas medidas destinavam-se fundamentalmente à utilização de “métodos barreira” tendo em atenção as vias de transmissão do vírus.

Os serviços de saúde da rede pública ou do sector privado garantiram a disponibilidade de recursos materiais necessários à operacionalização das medidas de protecção individual para grupos populacionais específicos tendo em atenção o nível de risco na comunidade.

Os EPI destinaram-se principalmente aos profissionais de saúde e aos prestadores informais de cuidados de saúde, e as recomendações foram adaptadas em função da gravidade da doença.

Higiene das mãos

As recomendações sobre a higiene das mãos foram amplamente difundidas e adoptadas e, não sendo uma medida específica para a pandemia, poderão ter contribuído para novos hábitos na população o que terá um impacto positivo noutras infecções em que as mãos constituem um factor importante na transmissão da doença.

Higiene respiratória

As medidas de higiene respiratória foram fortemente recomendadas em ambas as etapas da actividade gripal (contenção e mitigação) a todas as pessoas com doenças do foro respiratório e tinham como objectivo reduzir a probabilidade de transmissão da doença. Também estas medidas uma vez interiorizadas pela população poderão contribuir, no futuro, para uma menor transmissibilidade de determinadas doenças nomeadamente, do foro respiratório.

Distanciamento social

As medidas de distanciamento social foram aplicadas principalmente na etapa de contenção e respeitaram ao isolamento dos doentes, mais ou menos estrito consoante as situações, nomeadamente em internamento ou no acompanhamento domiciliário.

As Comissões de Controlo da Infecção dos hospitais e os responsáveis por esta área nos centros de saúde foram determinantes na organização dos serviços e no estabelecimento de procedimentos para minimizar o contacto entre doentes com gripe/síndrome gripal e outras pessoas.

O isolamento dos doentes pode ter sido um dos principais factores para o “atraso” da progressão da epidemia em Portugal, passando da etapa de contenção para a etapa de mitigação.

Igualmente na etapa de contenção foi recomendada a “quarentena” voluntária de contactos sendo esta medida abrandada na etapa de mitigação.

Os períodos de evicção laboral e escolar foram estabelecidos a nível técnico e sustentados por legislação ministerial reguladora do absentismo.

Dadas as características da doença não foi necessário recorrer à recomendação de limitar eventos públicos com grande aglomeração de pessoa.

Controlo de surtos

Estas medidas foram aplicadas em meio escolar, principalmente na etapa de contenção, e a sua aplicação envolveu sobretudo a rede de médicos de saúde pública do País. As medidas foram concertadas e concretizadas em parceria com o Ministério da Educação. Os períodos de evicção escolar foram decididos também em conjunto.

Apenas excepcionalmente foi necessário recorrer ao encerramento de estabelecimentos de ensino (no todo ou em parte) como medida de controlo de surtos.

Escolas

Revelou-se oportuno preparar um plano de contingência para as escolas, no sentido de preparar o regresso às aulas. Tiveram lugar diversas reuniões com representantes do Ministério da Educação, incluindo as duas ministras, com vista a minimizar os efeitos do absentismo escolar, promovendo o isolamento de casos suspeitos, elaborando modelos de justificação de faltas e de encerramento de turmas/escolas, elaborando circulares informativas e normativas e guias de procedimentos a adoptar em meio escolar.

Idosos

Também se impôs a elaboração de um plano de contingência para os lares de idosos. Neste sentido, foram contactados vários parceiros, designadamente representantes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Respostas sociais

Sabia-se que para fazer face, com sucesso, à pandemia eram elementos fundamentais a qualidade da informação, bem como a clareza de orientações das autoridades de saúde mas, também, das respostas a nível individual, da rede familiar, da escola, da empresa ou do serviço público. As respostas do País dependiam da preparação de cada região, localidade ou comunidade mas, sobretudo, de cada cidadão. Por outro lado, uma resposta inteligente à ameaça pandémica exigia perceber como cada cidadão no seu círculo de relacionamentos recebia e partilhava a informação disponibilizada, validava conhecimentos, se comportava na identificação, encaminhamento dos casos de doença ou das pessoas expostas à infecção e contribuía para a diminuição de comportamentos de risco durante a pandemia (distanciamento social, higiene respiratória).

Foi este entendimento que esteve na origem da criação do Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica, impulsionada e a funcionar na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP), em colaboração com a Direcção-Geral da Saúde e com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. Este Centro tinha como objectivos:

- Monitorizar e analisar as “respostas sociais” dos portugueses nas várias fases do processo pandémico, entendendo-se por resposta social o conjunto das atitudes e comportamentos dos cidadãos directamente associados à ameaça pandémica, tidos no domínio limitado das redes sociais, designadamente ao nível das empresas, escolas, administração pública e das redes familiares;
- Ensaiair a possibilidade de estabelecer um ciclo virtuoso de “recolha de boas práticas na resposta social – divulgação das boas práticas – extensão das boas práticas” quer nos aspectos que dizem respeito ao alinhamento com as regras de jogo de um desafio global, quer com aqueles que dizem respeito à activação das redes sociais de proximidade;
- Divulgar as boas práticas observadas no acompanhamento das redes sociais de proximidade.

O objectivo principal era compreender as respostas da comunidade, sintetizar em relatórios regulares os resultados da análise da resposta social, na perspectiva de divulgação desses resultados, mas acima de tudo pretendia-se influenciar a resposta social, contribuindo para uma melhoria da literacia e da cidadania em saúde.

Análise das respostas sociais durante as várias fases (fase 4, 5 e 6) da pandemia

Durante a etapa de contenção, a resposta social dividiu-se em fases distintas: alerta e cepticismo, com percepção do risco da gripe reduzida; passou depois para uma fase de integração de comportamentos activos para fazer face à gripe, designadamente em termos de etiqueta respiratória e higiene das mãos; preocupação com a situação, já numa fase em que o vírus circulava na comunidade e acalmia no início do ano lectivo.

No período entre 29 de Abril de 2009 e final de Julho, a fase inicial de alerta e cepticismo, foi substituída por um período, à medida que os caso de gripe iam aumentando, em que as pessoas passaram a integrar comportamentos activos de prevenção contra a gripe.

O mês de Agosto, mês de férias privilegiado pelos portugueses, caracterizou-se apenas pela observação de medidas de distanciamento social. Foi nesse mês que se registaram dois casos com gravidade clínica, o que levou a um pequeno acréscimo na preocupação por parte dos cidadãos.

Em Setembro, apesar do aumento do número de casos, os cidadãos continuam pouco apreensivos em relação à gripe, num período que correspondeu ao regresso de férias e à abertura das escolas.

A resposta social manteve-se em alerta de baixa intensidade mesmo após a ocorrência do primeiro óbito, que se verificou na última semana de Setembro. Ao mesmo tempo a actividade gripal nas escolas aumentou, atingindo, em certas zonas do país uma expressão visível. Foi neste período que a vacina pandémica foi licenciada na Europa e que em Portugal se marcou a data para o início da campanha de vacinação.

Ao nível social, iniciou-se, então, uma forte controvérsia em relação à nova vacina, designadamente no que diz respeito à vacinação das grávidas, tendo havido sucessivas tentativas em associar a vacinação com a morte de fetos cujas mães haviam sido vacinadas.

Um significativo número de médicos e enfermeiros não aderiu à campanha, o que pode ter tido consequências nas taxas de vacinação contra a gripe A(H1N1) e ocasionado um maior número de rumores sobre esta matéria.

Os estudos realizados pelo Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica, a uma amostra de 600 alunos universitários e a uma amostra de 38 redes familiares, concluíram que, no primeiro caso, a percentagem de não adesão à vacina é de 75% e no segundo, de 58%.

Entre os alunos os motivos apresentados são: a possibilidade da existência de efeitos secundários e reacções adversas (18,7%); o considerarem desnecessário (15,5%, ou porque são saudáveis ou porque não fazem parte de grupos de risco); a ausência de testes e estudos que comprovem a eficácia da vacina (14,3%); por não confiarem na sua segurança (8,5%); ou por considerarem preferível lidar com as consequências da doença que da vacina (4,2%).

As redes familiares referem os seguintes motivos: oposição às vacinas contra a gripe em geral (33%); a controvérsia associada (14%); não estarem incluídos em grupos de risco (14%); a possibilidade de vir a ter efeitos secundários (10%); dúvidas em relação à segurança da vacina (10%) e, ainda, estarem pouco informadas sobre o tema (10%).

No final do mês de Outubro regista-se o primeiro surto em Valença (Alto Minho), com cerca de 300 casos suspeitos. Esta aceleração da actividade manteve-se até ao dia 23 de Novembro, com registo de forte afluência aos serviços de saúde e, simultaneamente, incremento das manifestações sociais.

Verificou-se, depois, uma desaceleração do número de casos, até à primeira semana de Janeiro de 2010, voltando a resposta social a caracterizar-se por um alerta de baixa intensidade, com tendência para a banalização do assunto. Nesta sequência, começam a surgir, a nível internacional, em particular nos órgãos de comunicação social, comentários e controvérsias sobre a actuação e eventual alarmismo excessivo por parte da OMS.

Prestação de cuidados de saúde

No Plano de Contingência a área da Prestação de Cuidados incluía os Planos específicos do Ambulatório, do Internamento e de Vacinas e Medicamentos. As orientações do Plano de Contingência Nacional foram adaptadas pelas estruturas regionais, locais e institucionais do sistema de saúde que desenvolveram os seus próprios planos nas áreas do ambulatório e do internamento.

No que respeita a vacinas e medicamentos houve uma reserva nacional de antivirais, com destaque para o fosfato de oseltamivir, e de vacinas. A reserva de outros medicamentos utilizados no tratamento da doença ou das suas complicações eram da responsabilidade das instituições de saúde, bem como eventuais reservas de medicamentos para o tratamento de outras patologias.

A “porta de entrada” dos doentes no sistema de prestação de cuidados foi constituída por linhas telefónicas de aconselhamento e encaminhamento.

Num primeiro período da etapa de mitigação, com início a 25 de Abril de 2009, foi accionado um sistema de validação técnica (principalmente médica) de apoio ao Centro de Atendimento do SNS (Linha Saúde 24).

A 5 de Maio foi criada, em parceria da DGS com a Ordem dos Médicos, a Linha Verde dos Médicos, com um Serviço Médico de Validação de Casos, assegurado por médicos credenciados pela DGS especificamente para o efeito. Esta linha funcionou, ininterruptamente, até 10 de Julho de 2009.

A partir desta data o aconselhamento e encaminhamento dos casos passou a ser assegurado pela Linha Saúde 24.

Linha saúde 24

Enquadramento

A Linha de Saúde 24 iniciou a sua actividade no dia 25 de Abril de 2007, em regime de Parceria Público-Privada (PPP) .

Com dois pólos de atendimento em Lisboa e Porto, e operadores telefónicos constituídos por enfermeiros especialmente vocacionados e preparados para aconselhar e encaminhar os utentes com base em algoritmos previamente testados, a Linha foi concebida como um serviço de apoio à prestação de cuidados de saúde integralmente focado no cidadão.

Contratualmente são três os tipos de serviços que a Linha Saúde 24 presta:

- Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE): avalia o nível de risco sobre os sintomas descritos pelo utente, através do recurso a algoritmos clínicos; presta aconselhamento, incluindo o auto-cuidado e, caso se mostre necessário, encaminha para a rede de prestação de cuidados do SNS (cuidados de saúde primários e hospitais) conforme mais apropriado à sua situação;
- Serviço de Informação Geral de Saúde (IGS): informação sobre a prestação de serviços (locais e horários dos serviços da rede do SNS e das farmácias);
- Serviço de Assistência em Saúde Pública (LSP): esclarecimento de dúvidas e apoio em matérias de saúde pública.

Os dois primeiros serviços (TAE e IGS) são assegurados pela Operadora Privada²³, sendo a LSP gerida directamente pelo sector público, através de uma equipa de enfermeiros de cuidados de saúde primários²⁴, coordenada pela DGS.

No âmbito do Contrato com a Linha Saúde 24, todas as chamadas que possam configurar esclarecimento e apoio a matérias sobre saúde pública são transferidas para esta equipa de enfermeiros da LSP. Em situação regular, este atendimento está circunscrito a um horário diário das 8 às 24 horas.

²² Contrato de Prestação de Serviços para a montagem, exploração e transferência do Centro de Atendimento do SNS, entre o Ministério da Saúde (DGS) e a Linha de Cuidados de Saúde, SA.

²³ Linha de Cuidados de Saúde, SA, do Grupo Caixa Geral de Depósitos.

²⁴ Num total de 75 enfermeiros (15 por cada ARS). Parceria entre a DGS e as ARS contando com uma dinâmica organizacional que permite agilizar procedimentos operativos flexíveis, facilitadores de rápida adaptação às situações de crise.

²³ Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde, 2ª Edição, DGS, 2008, pág.174.

No âmbito do Plano de Contingência, a Linha Saúde 24 (808 24 24 24) adquiriu um papel proactivo nas fases 3 a 6, particularmente nas etapas de contenção e mitigação, funcionando como a principal “porta de entrada” no sistema de cuidados, em situação de pandemia.

Os principais objectivos da utilização estratégica de um centro de atendimento telefónico numa situação de pandemia são:

- “manter a população informada e confiante;
- evitar o recurso desnecessário aos serviços de saúde e minimizar o risco associado à sua utilização;
- encaminhar adequadamente os doentes, de forma a reduzir o contacto entre os que têm e os que não têm gripe;
- evitar a concentração de doentes em salas de espera dos serviços de saúde;
- monitorizar a evolução de doentes, sempre que pertinente;
- promover o conforto dos doentes;
- facilitar a organização dos serviços”²⁵.

As principais funções da Linha Saúde 24, no âmbito do Plano de Contingência, são:

- Triagem, aconselhamento e orientação dos doentes com sintomatologia de gripe, de acordo com algoritmos compatíveis com as orientações técnicas emitidas;
- Vigilância activa dos doentes com sintomatologia de gripe, mas sem indicação para recurso aos serviços;
- Triagem, aconselhamento e encaminhamento dos doentes sem sintomatologia de gripe, mantendo e orientando o fluxo regular das outras situações de saúde.

²⁵ Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde, 2ª Edição, DGS, 2008, pág.174.

Adaptação e capacidade de resposta

No âmbito desta PPP cabe à Operadora, entre outras obrigações, planejar e gerir os recursos afectos ao Centro de Atendimento, designadamente, adaptando os recursos materiais e humanos às necessidades previsíveis da procura, sejam por motivos pontuais, sazonais ou estruturais.

Por seu turno, cabe à Entidade Pública Contratante (DGS) informar sobre a previsão de eventuais aumentos inesperados da procura, colaborando com a Operadora numa solução que seja adequada às exigências de cada uma das situações expectáveis.

Com o anúncio da OMS (24 Abril) sobre a ocorrência de casos de gripe A em regiões do México e nos Estados Unidos, a DGS encetou diversas diligências junto da Operadora com o objectivo de aumentar a capacidade de resposta da Linha Saúde 24, que culminou com a assinatura conjunta de uma Adenda ao Contrato de Prestação de Serviços²⁶, para o período de procura excepcional decorrente da pandemia.

Das medidas implementadas e acordadas pelas partes destacamos:

a) Universalidade do acesso:

O Contrato inicial prevê apenas o atendimento de utentes beneficiários do SNS. Promoveu-se o alargamento do serviço de TAE a todo o território nacional (continente e regiões autónomas), privilegiando-se a uniformização de critérios e de informação a transmitir a toda a população, independentemente do local onde se encontram no todo nacional.

b) Alargamento da capacidade técnica de atendimento:

- Reforço da plataforma de atendimento multicanal nos pólos de Lisboa e Porto: a partir do mês de Agosto de 2009 procedeu-se ao aumento do número de 80 postos de trabalho existentes para 146.
- Criação de um Centro Secundário de Atendimento exclusivo para atendimento da Gripe: parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a Linha Saúde 24 e a DGS, que traçaram um plano para instalação de até 150 postos de trabalho, com uma capacidade máxima de atendimento diário de chamadas previstas na ordem das 14200. Este Centro Secundário entrou em funcionamento no dia 7 de Setembro de 2009, tendo sido progressivamente ampliado até aos 150 postos de trabalho programados.

²⁶ Adenda ao Contrato de Prestação de Serviços relativo ao Centro de Atendimento do SNS, assinado no dia 15 de Setembro de 2009. Esta Adenda produziu efeitos entre o dia 24 de Agosto de 2009 e o dia 15 de Março de 2010.

c) Reforço de recursos humanos

- Recrutamento e formação de mais enfermeiros para o atendimento geral: a Operadora assumiu o compromisso de reforçar o número de enfermeiros disponíveis para o atendimento telefónico nos pólos de Lisboa e Porto.
- Disponibilização de enfermeiros do SNS: a DGS e a Operadora acordaram na agilização de processos que permitiram a dispensa temporária do serviço de origem de enfermeiros, aumentando a carga horária semanal no Centro de Atendimento. Para tal, foi preparado um protocolo de cedência validado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e foram dispensados cerca de 35 enfermeiros a tempo inteiro no período mais crítico. O Operador tinha, no plano inicial, sugerido a dispensa até um total de 100 enfermeiros. Tal não foi possível devido aos constrangimentos existentes nas instituições de origem, também elas com necessidades acrescidas de reforço das suas equipas de profissionais de saúde.
- Recrutamento de enfermeiros para o atendimento exclusivo de casos de síndrome gripal: dadas as dificuldades de recrutamento de enfermeiros com um mínimo de três anos de experiência²⁷, e a necessidade premente de prover os novos postos de trabalho, a DGS acordou que, mediante supervisão de enfermeiros com experiência adequada e para atendimento exclusivo de síndrome gripal, era admissível o recrutamento de recém-licenciados em enfermagem. Foi efectuado o recrutamento de mais de 600 enfermeiros recém-licenciados para o Atendimento Secundário de Gripe em Coimbra, Lisboa e Porto.

d) Alteração dos processos de atendimento

- Instalação de um sistema de atendimento automático prévio ao atendimento personalizado: sistema automático denominado *Interactive Voice Response* (IVR) que permite a pré-selecção do tipo de informação e cria corredores de chamadas paralelas e simultâneas, potenciando a capacidade de atendimento da Linha Saúde 24.

²⁷ O Contrato de Prestação de Serviços exige que 1/3 dos enfermeiros tenha pelo menos 3 anos de experiência e 2/3 tenha pelo menos 5 anos de experiência profissional.

SAÚDE 24
808 24 24 24
O número que o liga à saúde.

• Bem-vindo à Linha Saúde 24
• Para um atendimento especializado sobre Gripe, prima a tecla 1
• Se se trata de uma situação de emergência, ligue 112
• Para outras situações de doença aguarde por favor
• Obrigado

1

• Se julga ter sintomas de Gripe, prima a tecla 1
• Caso pretenda informações úteis sobre Gripe A, prima a tecla 2
• Obrigado

1

2

Postos de atendimento gerais:
Lisboa e Porto

Postos de atendimento específicos da Gripe:
Coimbra, Lisboa e Porto.

• Toda a informação detalhada sobre Gripe A está disponível no Microsite da Gripe em www.dgs.pt
• Para conselhos úteis a viajantes prima a Tecla 1
• Para conhecer os sintomas prima a Tecla 2
• Para conhecer as medidas de protecção prima a Tecla 3
• Para conhecer as formas de contágio Prima a Tecla 4
• Para informação sobre vacinação prima a Tecla 5
• Para conselhos úteis para grávidas prima a Tecla 6
• Para conselhos úteis para crianças prima a Tecla 7
• Obrigado

Figura 25 - Esquema de atendimento automático da Linha Saúde 24.

No plano de instalação do IVR estava projectada a possibilidade de evolução deste sistema estático (informação pré-gravada) para um sistema interactivo, permitindo a vigilância de utentes com sintomas de gripe em casa (através de SMS ou sistema de voz)²⁸. No entanto, nunca chegou a justificar-se a implementação deste sistema.

²⁸ Com uma capacidade máxima instalada de atendimento simultâneo de 172.800 chamadas/dia, seria possível accionar a vigilância automática a 86.400 utentes.

- Questionário de atendimento simplificado: para acelerar o processo inicial de identificação do utente e triagem de sintomatologia, a DGS acordou numa revisão simplificada do script definido. A Tabela 6 mostra as diferenças entre o processo inicial e o acordado na fase pandémica.

Módulo	Até 7 Maio de 2009	Depois 7 Maio de 2009
TAE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Despiste de situação de emergência; 2. Telefone de retorno e distrito; 3. Informação da gravação; 4. Pesquisa do Utente 5. Criar novo Utente, caso não encontre, com: <ul style="list-style-type: none"> • Nome completo • Data de nascimento • Concelho 6. Identificação da queixa necessária para seleccionar o Algoritmo; 7. Navegação 8. Efectuar HMU apenas em situações que não configurem Problemas 9. Respiratórios; 10. Disposição Final; • Caso de Envio de Notificação, questiona apenas: <ul style="list-style-type: none"> • CS onde está inscrito; • Distrito, Concelho, Freguesia; 11. Comentários objectivos; 12. Questionar Intenção Inicial 13. Questionar Inquérito de Satisfação e registar Informação 14. Despedida 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Telefone de retorno e distrito simplesmente em Situações de Emergência; Emergência; Informação da gravação; Pesquisa do Utente (dois dados identificativos) Criar novo Utente, caso não encontre, com: <ul style="list-style-type: none"> • 1º Nome + Apelido • Data de Nascimento Concelho Identificação da Queixa necessária para seleccionar o Algoritmo; Navegação; Efectuar HMU apenas em situações que não configurem Problemas Respiratórios; Disposição Final; • Caso de Envio de Notificação, questionar apenas: <ul style="list-style-type: none"> • Distrito, Concelho, Freguesia; Comentários objectivos; 12. Despedida (Não questionar Intenção Inicial e Inquérito de Satisfação e registar Informação Não Recolhida.
IGS	<ul style="list-style-type: none"> • Nome Completo e restantes dados demográficos; • Questionar Intenção Inicial e Inquérito de Satisfação e registar • Informação Não Recolhida • Despedida 	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Nome + Apelido (nas situações de gripe); • Despedida (Não questionar Intenção Inicial e Inquérito de Satisfação e • registar Informação Não Recolhida.
LSP	<ul style="list-style-type: none"> • Nome Completo e restantes dados demográficos, se utente quiser identificar-se • Contacto telefónico • Razão da chamada (critério de transferência para LSP) • Transferir chamada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nome do profissional • Instituição de saúde • Contacto telefónico • Transferir chamada

Tabela 6 - Alterações ao questionário de atendimento.

- Algoritmo de atendimento da Gripe simplificado: para o atendimento de síndrome gripal e de acordo com as Orientações Técnicas foi criado um algoritmo simplificado (“Gripe Pandémica”), cuja utilização reduziu em cerca de um terço o tempo despendido neste atendimento específico²⁹. Este algoritmo foi instalado no sistema CAS (sistema operativo base da Linha Saúde 24) e adaptado ao sistema de informação da gripe – SIGripe (Figura 26) nos postos específicos para atendimento da gripe (Centro Secundário de Coimbra e nos pólos de Lisboa e Porto)

The screenshot shows the SIGripe web application interface. The top section is titled "Identificação Pessoal" and contains a form for patient identification. The form includes fields for "Nome do doente ou contacto*", "Nº do SNS", "Nº de SI", "Nº de Passaporte", "Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)", "Idade", "Sexo/F", "Nacionalidade", "Morada", "Código Postal", "Distrito", "Concelho", "Freguesia", "Nº de Telefone*", "Local de Contacto actual", and "Atualizar Dados". The bottom section is titled "Anamnese" and contains a table for recording symptoms. The table has columns for "Data e hora de início dos sintomas", "Sintoma", "Data de início (dd/mm/aaaa)", and "Duração (minutos)". The symptoms listed are: "Febre (maior/menor que 38°C)", "Tosse", "Influenza / artralgias", "Cefaleia", "Dor de garganta", "Vómitos / diarreia", "Respiração", "Prostração / cansaço", and "Irritabilidade". The interface is displayed in a Windows Internet Explorer browser window.


Figura 26 - Ecran do SIGripe.

²⁹ Passou de uma média de 13 para 9 minutos de atendimento.

e) Reforço da Linha Saúde Pública

Desde o anúncio público da OMS (24 Abril 2009) e face a um aumento previsível de procura num contexto pandémico, foi determinado que os enfermeiros adstritos à LSP seriam dispensados para atendimento exclusivo da Gripe, permitindo assim o reforço da capacidade desta Linha quer em termos de alargamento de horário de atendimento (24 sobre 24 horas por dia) quer em termos do número de postos de atendimento disponíveis³⁰.

Na etapa de contenção, sempre que o padrão sintomático apresentado configurava síndrome gripal associado a critérios epidemiológicos, a chamada era transferida da Linha Saúde 24 para a equipa de profissionais da LSP que reavaliava a situação e, apoiada por uma equipa técnica da DGS, decidia sobre o cumprimento ou não dos critérios para validação de caso para investigação (Figura 27).

 **Infecção por novo vírus da gripe A(H1N1) – impresso: 09-07-2009**

Data: ____/____/2009 ____h ____min ID: _____

Utente: _____ Idade: _____ Telef: _____

Morada: _____

Informação clínica

<input type="checkbox"/> Febre > 38 °C ____ °C	início ____/____/2009	<input type="checkbox"/> Odinofagia	início ____/____/2009
<input type="checkbox"/> Tosse	início ____/____/2009	<input type="checkbox"/> Cefaleias	início ____/____/2009
<input type="checkbox"/> Mialgias	início ____/____/2009	<input type="checkbox"/> Artralgias	início ____/____/2009
<input type="checkbox"/> Diarreia	início ____/____/2009	<input type="checkbox"/> Rinorreia	início ____/____/2009
<input type="checkbox"/> Vômitos	início ____/____/2009	<input type="checkbox"/> _____	início ____/____/2009

Critérios epidemiológicos (nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas)

☐ Viagem: Local _____ Partida ____/____/2009 Chegada a Portugal ____/____/2009

☐ Estadia ou residência numa área onde se regista transmissão, mantida na comunidade, de doença pelo novo vírus A(H1N1)

México	Japão	Itália	França	Filipinas
EUA	Espanha	Brasil	Rep. Domin	
Canadá	Reino Unido	Argentina	Hong Kong	
Austrália	Alemanha	Chile	Tailândia	

☐ Contacto próximo com caso provável ou confirmado de infecção durante a fase sintomática

☐ Pessoa que trabalha em laboratório onde se processam amostras biológicas para o novo vírus A(H1N1)

Definição de contacto próximo: Contacto pessoal com caso provável ou confirmado no período infeccioso (1 dia antes até 7 dias depois do início dos sintomas): Coabitantes ou Pessoas que prestaram cuidados ou tiveram contacto directo com secreções respiratórias ou fluidos corporais ou Pessoas que tenham estado a distância 1 metro ou no mesmo compartimento, por um período de tempo >1 hora ou Profissionais de saúde que tenham atendido um caso sem equipamento de protecção individual adequado (documento Gripe OT-11).

Observações: _____

☒ Validado como caso para investigação - 92 780 49 20
Contactado Dr. _____

☐ Não validado como caso para investigação

Figura 27 - Impresso para validação de caso para investigação.

³⁰ Em alguns períodos estiveram mais de 50 enfermeiros em atendimento

A partir de 11 de Julho de 2009 a LSP passou a validar directamente os casos para investigação e a accionar os mecanismos de encaminhamento dos doentes (contactar o hospital de referência/atendimento de gripe dos serviços prestadores e o INEM, activando o respectivo transporte). Quando justificado, informavam as autoridades de saúde (nacionais, regionais ou locais) sobre situações anómalas para eventual activação de medidas de saúde pública.

Caso a situação configurasse vigilância activa, os enfermeiros acompanhavam os utentes nas primeiras 24 a 48 horas, com contactos regulares, antes de darem o caso como encerrado ou encaminharem para avaliação médica (para os serviços adequados ao atendimento).

Na etapa de mitigação, o atendimento da Gripe A passou para a Linha Saúde 24, aumentando a capacidade de resposta a esta Pandemia através do Centro Secundário de Coimbra e do reforço dos pólos de Lisboa e Porto.

Actividade

No período compreendido entre 24 de Abril de 2009 e 15 de Março de 2010, a Linha de Saúde 24 registou 1404296 tentativas de contacto e atendeu 1024138 chamadas, a que corresponde uma taxa de eficácia global de 73%³¹

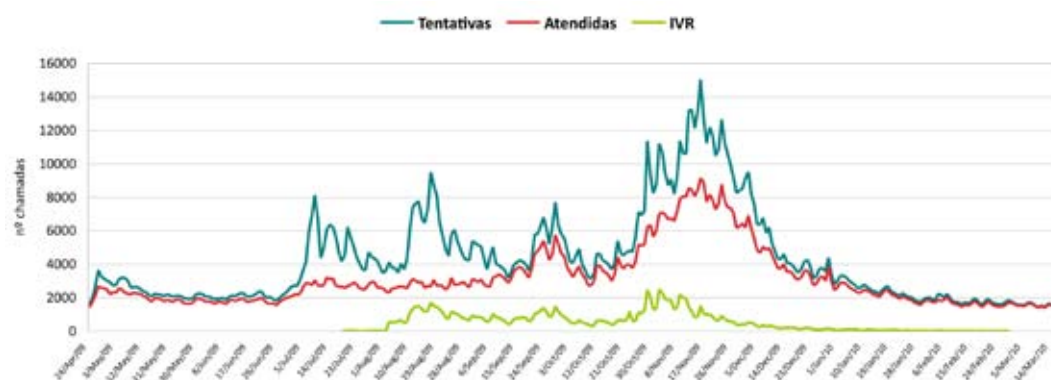


Figura 28 - Procura diária global da Linha Saúde 24. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

³¹ Taxa de eficácia: total de chamadas atendidas / total de chamadas recebidas x 100

No que respeita à procura verificaram-se quatro picos de tentativas de chamadas para a Linha Saúde 24.

A procura nos dois primeiros picos entre 5 e 22 de Julho e entre 9 a 27 de Agosto não foi totalmente satisfeita (53% e 45% de taxa de eficácia, respectivamente), razão que justificou a elaboração de uma Adenda adicional ao Contrato de Prestação de Serviços já referida anteriormente.

Os dois últimos picos entre 20 de Setembro e 2 de Outubro e entre 12 de Outubro e 14 de Dezembro, que beneficiam do Centro Secundário de Atendimento de Gripe (na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) a partir de 14 de Setembro de 2009, revelaram uma maior adequação da resposta à procura verificada (79% e 73% de taxa de eficácia, respectivamente).

Do total de chamadas atendidas, 12% (122.788) dizem respeito ao atendimento automático (IVR) instalado desde o dia 20 de Julho de 2009.

Atendimento global das chamadas de teor clínico

Do total de chamadas de teor clínico atendidas (627.697 chamadas), entre 24 Abril de 2009 e 15 de Março de 2010, 64,8% (406.603) estavam relacionadas com síndrome gripal.

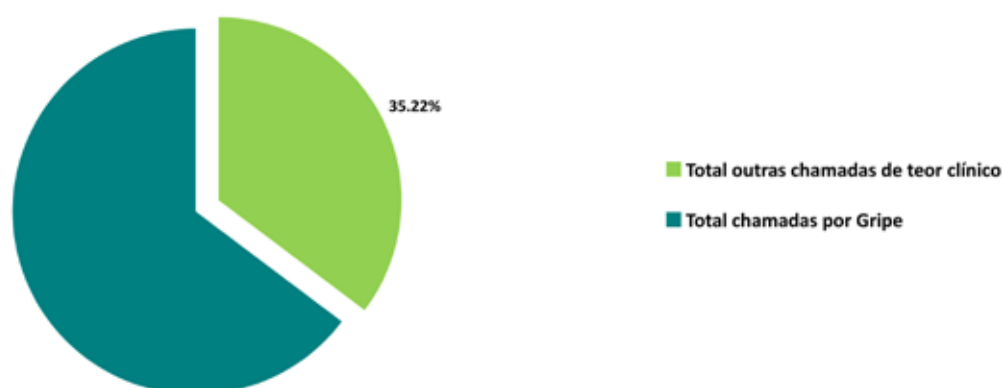


Figura 29 - Total de chamadas de teor clínico. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

Atendimento por síndrome gripal

A análise da frequência diária das chamadas atendidas por síndrome gripal ao longo do período em análise permite verificar um aumento significativo a partir de 8 de Julho (primeiro *cluster* escolar identificado no dia 7 de Julho). Observam-se, ainda, dois grandes picos de atendimento: entre 21 de Setembro e 1 de Outubro de 2009 e entre 26 de Outubro e 7 de Dezembro de 2009, neste último tendo sido atingido o valor máximo de 6.566 chamadas no dia 16 de Novembro de 2009, ou seja, uma média horária de 273 chamadas (Figura 30)

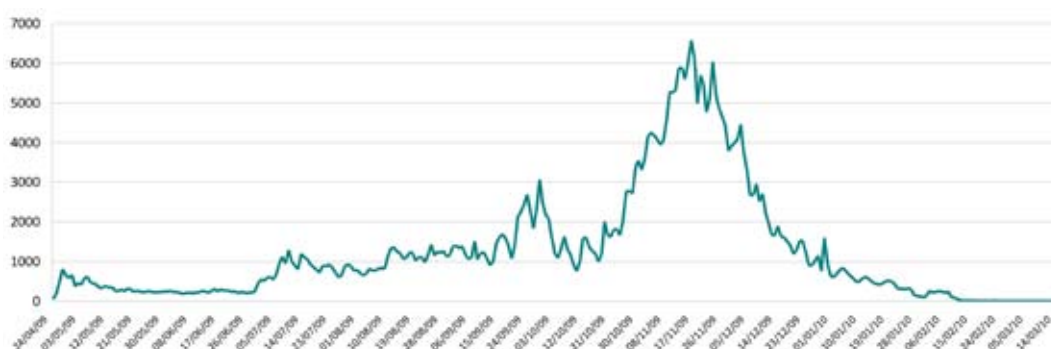


Figura 30 - Distribuição diária das chamadas atendidas por síndrome gripal. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

a) Distribuição por sexo e grupo etário

Do total de chamadas atendidas por síndrome gripal, no período em análise, 51% (206358) foram do sexo feminino e 49% (200245) do sexo masculino ([Figura 31](#))

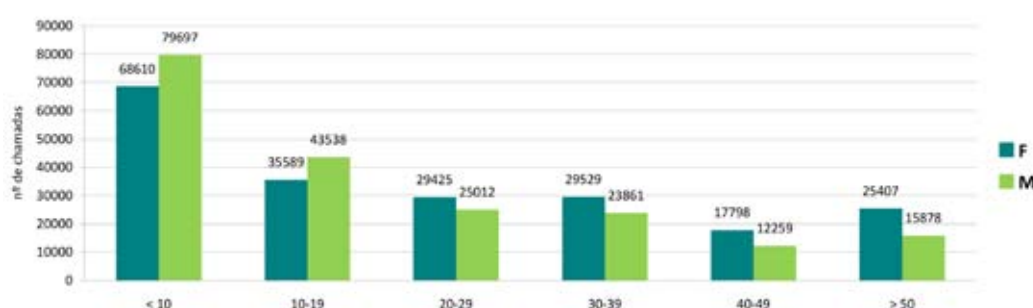


Figura 31 - Distribuição das chamadas por grupos etários e sexo. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

Por grupos etários, 71% das chamadas referiram-se a utentes com menos de 30 anos de idade. A maior procura verificou-se no grupo etário dos 0 aos 9 anos de idade (36%) ([Figura 31](#)).

Analisando a distribuição etária por género e por grupo etário, verifica-se uma preponderância do sexo masculino até aos 19 anos, invertendo-se esta situação a partir dos 20 anos de idade ([Figura 31](#)).

b) Origem das chamadas

Três distritos do País (Lisboa, Setúbal e Porto) concentraram 62,4% do total das chamadas por síndrome gripal (Figura 32).

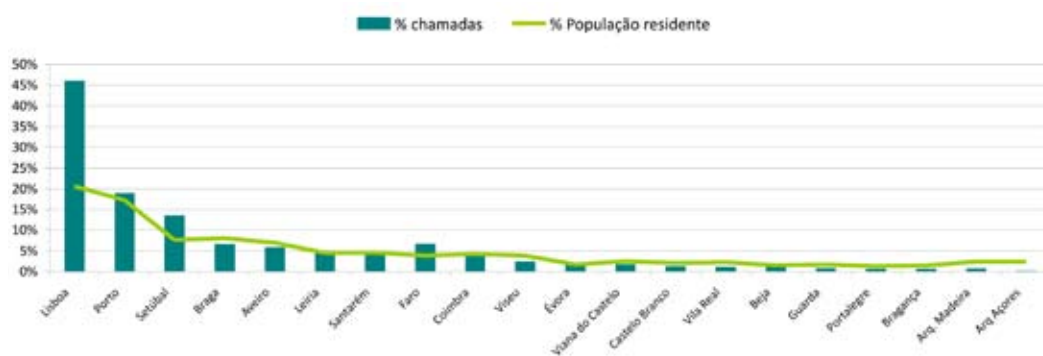


Figura 32 - % Distribuição das chamadas atendidas e da população residente por distrito e Regiões Autónomas. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP; INE, 2009).

Os distritos de Lisboa, Setúbal e Faro utilizaram a Linha de Saúde 24 acima do que seria expectável, tendo por base a distribuição da população residente no País (Figura 33).

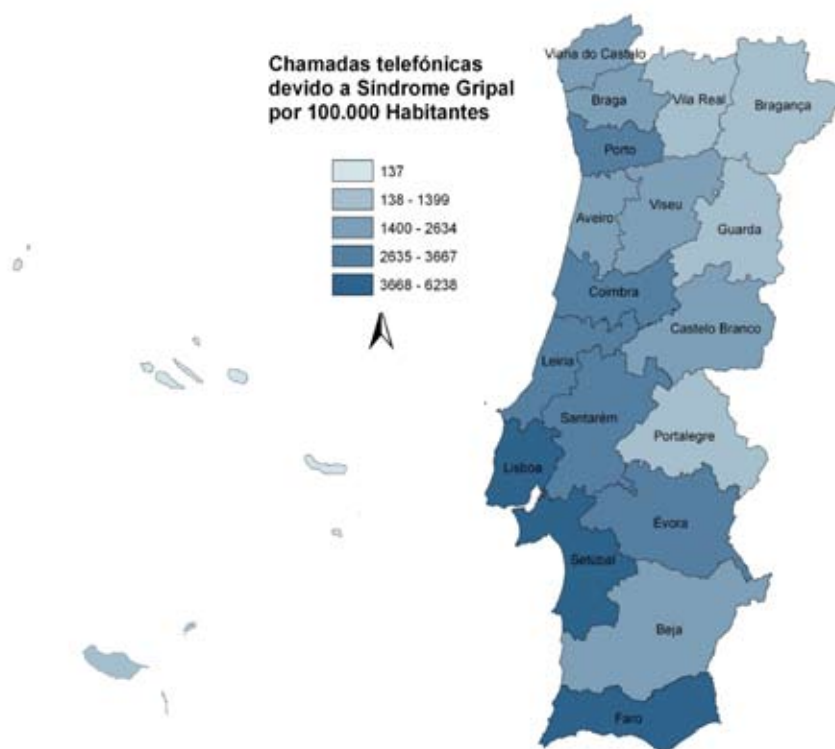


Figura 33 - Chamadas atendidas segundo o distrito e Regiões Autónomas, por 100.000 habitantes. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP; INE, 2009).

A reduzida taxa de chamadas atendidas por 100.000 habitantes verificada na Região Autónoma dos Açores deveu-se ao facto de esta ter optado pela criação de uma Linha de atendimento paralela de atendimento à população (808 24 60 24).

c) Distribuição por sintomatologia

Os sintomas mais frequentemente referidos pelos utentes foram, por ordem decrescente, tosse (80,5%), febre (60,3%), mialgias/artralgias (35,4%), cefaleias (31,3%), odinofagia (22,1%), vômitos e diarreias (11,8%), rinorreia (11,3%), prostração sonolência (1,1%) e irritabilidade (1,0%) (Figura 34).

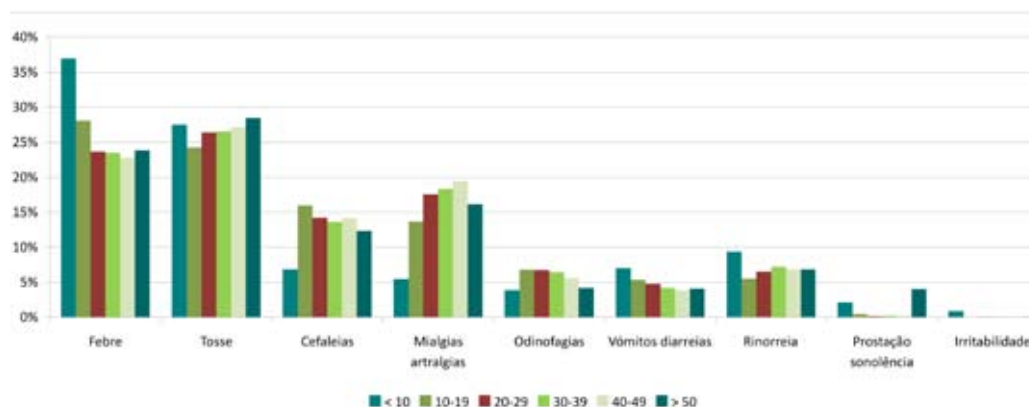


Figura 34 - Frequência de sintomas por grupo etário. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

d) Disposição final das chamadas

Na totalidade dos atendimentos, cerca de 43% dos utentes foram aconselhados com medidas de auto-vigilância, não necessitando de observação médica. Quase 32% dos utentes foram encaminhados para observação médica nos cuidados de saúde primários e cerca de 13% foram referenciados para observação na urgência hospitalar.

É no grupo etário das crianças com menos de 10 anos de idade (147015 chamadas) que se verifica a maior taxa de encaminhamento para o serviço de urgência (15,2%) e a menor taxa de situações com aconselhamento para auto-vigilância (38,6%) (Figura 35).

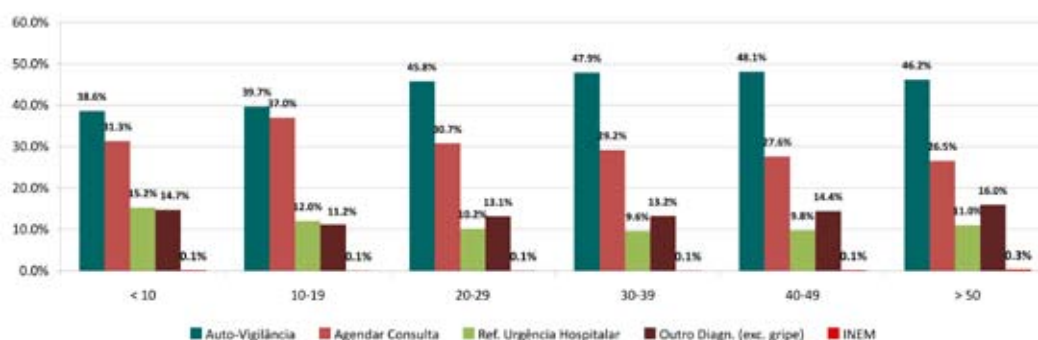


Figura 35 - Distribuição do aconselhamento/encaminhamento das chamadas. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

Esta situação de maior referenciação para os serviços de urgência, em particular até um ano de idade, traduz o entendimento expresso nas Orientações Técnicas da DGS.

A progressão na idade da criança determina a mudança no tipo de encaminhamento recomendado. Com efeito, até um ano de idade, observou-se um encaminhamento significativo de situações com síndrome gripal para os serviços de urgência hospitalares. A partir desta idade, estes encaminhamentos foram alterados para os cuidados de saúde primários. Esta tendência resulta da validação de critérios de gravidade³² presentes no momento da triagem, indicados na definição de caso (Figura 36).

A maioria das crianças com menos 1 ano de idade (72,6%) foi aconselhada com medidas de auto-vigilância. Esta situação inicial resultou do facto de, na fase de contenção, ter sido validado um maior número de situações que não apresentavam critérios de definição de caso, originando orientação para “Auto-vigilância” com aconselhamento para rastreio dos sintomas de gripe.

A partir do primeiro ano de idade até aos dez, as situações de encaminhamento para “auto-vigilância” estabilizaram nos 40%.

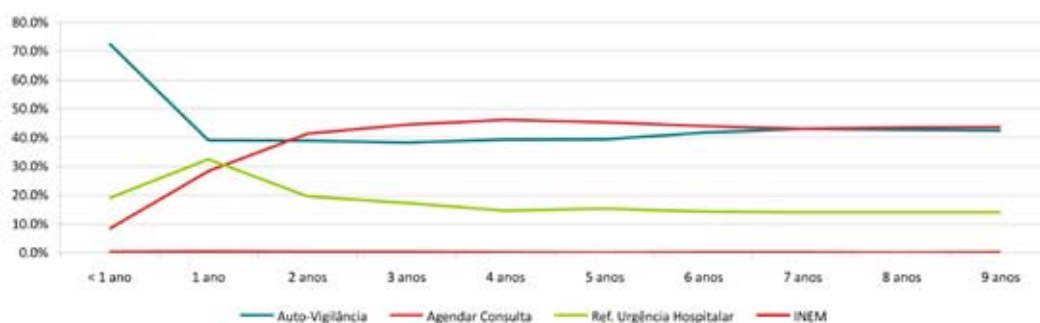


Figura 36 - Distribuição do aconselhamento/encaminhamento das chamadas nas crianças até 10 anos. (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).

³² Critérios de gravidade gerais: a) falta de ar em repouso ou pequenos esforços (diferente habitual); b) alteração, de novo, do estado de consciência; c) febre mantida ≥ 4 dias; d) hemoptises; e) falência terapêutica ou agravamento após melhoria inicial.

Ambulatório

A responsabilidade pelo atendimento de síndrome gripal é assumida principalmente pelo sector do ambulatório. Só raramente, pela sua gravidade ou pelas suas complicações, a doença exige internamento.

O Plano de Contingência deu grande relevo ao ambulatório por, numa situação de pandemia, este sector ter de estar preparado para dar resposta em tempo útil a um elevado número de doentes com uma perturbação mínima da prestação de cuidados a outros doentes, nomeadamente crónicos com necessidades de *follow up*.

Como requisito obrigatório os serviços tinham de estar organizados de forma a evitar ou minimizar o cruzamento entre doentes com gripe e outras pessoas reduzindo a probabilidade de propagação da infecção. Era também requisito obrigatório a correcta utilização, pelos profissionais, de equipamento de protecção individual (EPI) adequado, minimizando o risco de contraírem ou propagarem a infecção.

Os serviços também deviam estar aptos através de sistemas de informação dedicados para o efeito ou já existentes, a fornecerem informação epidemiológica para monitorização da pandemia no País.

Tendo em atenção estes princípios genéricos as ARS organizaram-se de forma diferente de acordo com os seus recursos e com as suas características.

Como referido os doentes eram aconselhados a ligar para a Linha Saúde 24, antes de se dirigirem aos serviços de saúde, para evitar a utilização inadequada dos serviços.

O atendimento em ambulatório foi feito em serviços de urgência (de cuidados de saúde primários ou hospitalares) ou em consultas nos cuidados de saúde primários (a maioria das situações).

Etapa de contenção

Na etapa de contenção os doentes suspeitos de gripe que contactaram a Linha Saúde 24 eram submetidos a validação médica (Linha Verde dos Médicos) e encaminhados para os serviços de urgência dos hospitais de referência onde após a triagem podiam ter vários destinos: domicílio (se o caso fosse infirmado clínica e epidemiologicamente ou para aguardar resultados laboratoriais), permanência no hospital (sem internamento) aguardando resultados laboratoriais, internamento. A partir de 10 de Julho a validação passou a ser feita pela Linha Saúde Pública.

Os doentes que não contactavam a Linha Saúde 24 podiam dirigir-se a qualquer serviço, público ou privado. Caso o médico suspeitasse de gripe contactava a Linha Verde dos Médicos (até 10 de Julho) para validação do caso. Se o caso fosse validado o doente era transportado à urgência hospitalar do hospital de referência.

Assim, na etapa de contenção a prestação organizada de cuidados em ambulatório a doentes suspeitos de gripe A(H1N1)2009, incluindo o diagnóstico laboratorial (recomendado a todos os casos) e a distribuição de fosfato de oseltamivir quando indicado, verificou-se nos serviços de urgência dos hospitais de referência. Nestes hospitais foram diagnosticados os 2046 doentes identificados nesta etapa.

Etapa de mitigação

Nesta etapa os doentes passaram a ser atendidos em urgência ou consultas, em todas as unidades de saúde à excepção de pequenas unidades onde não era possível garantir que os doentes com e sem síndrome gripal partilhassem os mesmos espaços. Como já foi referido, de acordo com as Orientações Técnicas disponibilizadas, o diagnóstico passou a ser sindromático, e só perante critérios de gravidade e/ou de risco era efectuado o diagnóstico laboratorial.

A utilização de “síndrome gripal” como definição de caso contribuiu para a notificação de muitos casos que não eram gripe, uma vez que, quando havia diagnóstico laboratorial, se verificou que cerca de 50% dos casos não se confirmavam. Por outro lado verificou-se um fenómeno de sub-notificação o que aliado aos casos ligeiros ou assintomáticos e aos casos que não procuraram cuidados médicos torna difícil quantificar a dimensão da epidemia e também da procura e utilização de cuidados.

Cada ARS organizou os seus recursos de forma diferente, de modo a atender doentes com síndrome gripal sem prejuízo da prestação de cuidados aos outros doentes. Houve Serviços de Atendimento de Gripe (SAG) dedicados exclusivamente ao atendimento de doentes com síndrome gripal, mas na maioria das situações os doentes foram atendidos nos seus locais habituais de urgência e de consultas.

Também os sistemas de informação utilizados foram diferentes. Alguns locais usaram um sistema de informação que tinha sido construído especialmente para o efeito, o SIGripe, outros usaram os sistemas habituais como o SAM, e os dados destes sistemas foram compilados através do SIARS.

Todos os serviços estavam dotados do equipamento de protecção individual (EPI) necessário bem como de outros materiais, nomeadamente para higiene das mãos.

Através de uma rede de distribuição de fosfato de oseltamivir, gerida a nível nacional e regional, todos os serviços tinham disponível o medicamento em pó, fraccionado em frascos para utilização pediátrica e em adultos. Mais tarde foram também disponibilizadas as vacinas (a vacina pandémica distribuída foi a Pandemrix®).

Na **Figura 37** está representada, a título de exemplo, a procura no SAG de Almada.

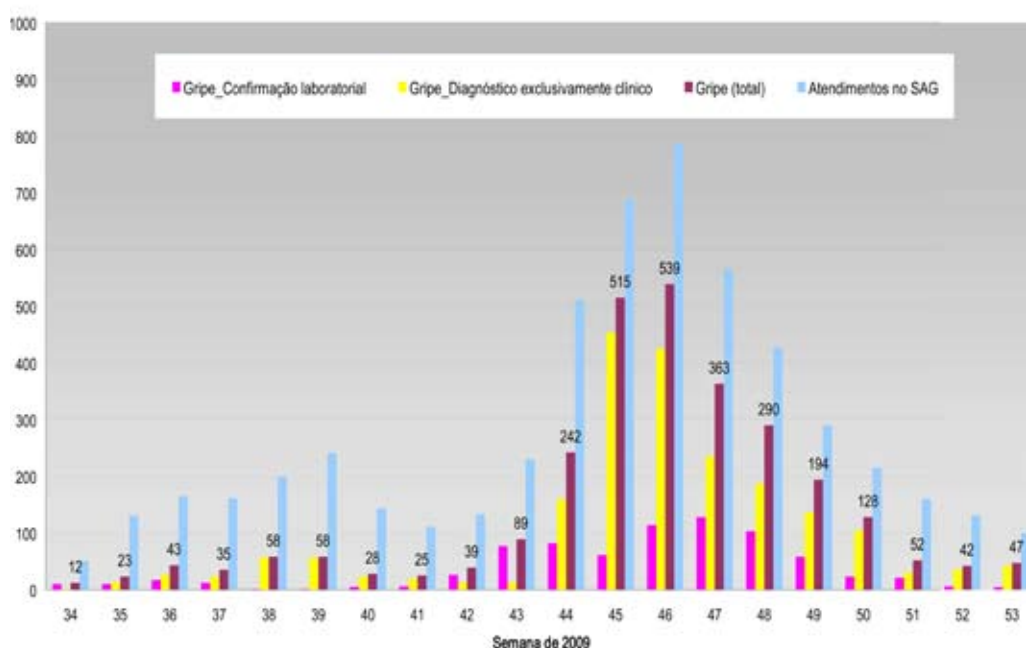
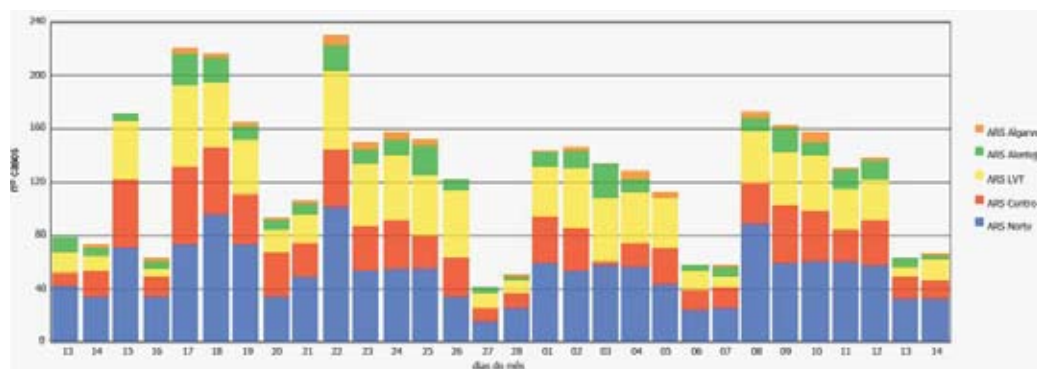


Figura 37 - SAG de Almada – Casos de gripe e de atendimentos por suspeita de gripe. (Fonte: SIGRIPE).

Na **Figura 38** pode observar-se a informação diária que chegava à DGS através do SIARS e que permitia acompanhar a evolução da procura em cuidados de saúde primários e nas urgências hospitalares. Apesar da sub notificação esta informação foi extremamente útil para monitorizar a pandemia.

Síndrome Gripal
cuidados de saúde primários - últimos 30 dias



Urgências Hospitalares - últimos 30 dias



Figura 38 - Casos notificados de síndrome gripal, em cuidados de saúde primários e em urgências hospitalares num período de 30 dias. (Fonte: SIARS).

A procura de cuidados verificou-se principalmente nos grupos etários mais jovens o que é evidente pelo excesso de procura representado na [Figura 39](#).

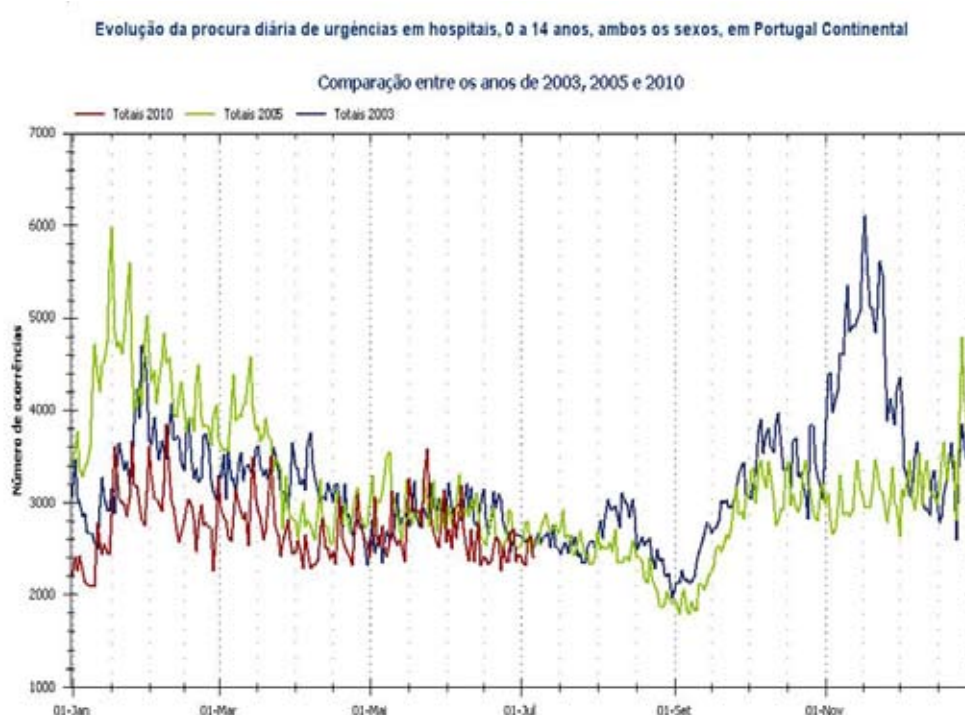


Figura 39 - Evolução da procura diária de urgência em centros de saúde e hospitais, 0-14 anos, ambos os sexos, em Portugal Continental.

Contactos de doentes

A gestão dos contactos de doentes com gripe ou síndrome gripal desenvolveu-se de acordo com os objectivos estratégicos definidos em função da evolução epidemiológica, e cumprindo o previsto no Plano Contingência Nacional.

Consideraram-se contactos próximos de um caso (confirmado na fase de contenção ou provável/confirmado na fase de mitigação) no período infeccioso (1 dia antes até 7 dias depois do início dos sintomas): os coabitantes; as pessoas que tinham prestado cuidados ou tinham tido contacto directo com secreções respiratórias ou fluidos corporais do doente; as pessoas que tinham estado a distância ≤ 1 metro ou no mesmo compartimento por um período de tempo > 1 hora; os profissionais de saúde que tinham atendido um caso sem equipamento de protecção individual adequado.

A existência de uma REM-G (Reserva Estratégica de Medicamentos para a Pandemia da Gripe) no País e a sua activação a 24 de Abril de 2009 permitiram a emanção de recomendações específicas sobre a quimioprofilaxia com oseltamivir. Inicialmente foi utilizada a reserva de cápsulas de oseltamivir e posteriormente a formulação de oseltamivir a granel, posteriormente fraccionado, permitindo a reconstituição em xarope. Cada frasco corresponde a um tratamento e há diferentes apresentações para adultos e crianças.

As pessoas a quem se aplicava quimioprofilaxia eram responsáveis pela auto-vigilância de saúde (ou vigilância das pessoas a cargo), sendo-lhes entregue o folheto “Informação e vigilância de contactos próximos de um doente com gripe”.

Na etapa de contenção, até 21 de Agosto de 2009, as intervenções em relação aos contactos tiveram como objectivo evitar a formação de cadeias de transmissão no País e centraram-se na procura/identificação activa de todos os contactos e instituição de quimioprofilaxia, bem como aconselhamento sobre a protecção individual e distanciamento social.

A confirmação laboratorial de todos os casos, nesta etapa da pandemia, permitiu que a quimioprofilaxia tivesse sido instituída criteriosamente, de acordo com as recomendações emanadas, apenas aos contactos dos casos confirmados, sendo suspensa se a doença no caso índice fosse laboratorialmente excluída.

Desaconselhou-se a quimioprofilaxia pós-exposição em crianças e adultos saudáveis com base em potenciais exposições na comunidade, na escola, no local de trabalho ou outros.

Os serviços de saúde pública e o apoio telefónico da Linha Médica, da Saúde 24/ Saúde Pública foram fundamentais para o êxito desta intervenção.

Destaca-se a intensa actividade dos médicos de saúde pública que se estendeu aos contactos de casos secundários, e se manteve, 24 sobre 24 horas, até 21 de Agosto, muito para além do inicialmente previsto.

Sabendo que de Abril a Julho de 2009 a maioria dos casos era importada, foi também muito grande a actividade das autoridades de saúde da sanidade internacional, nomeadamente na identificação dos contactos dos casos que desenvolveram sintomas durante ou após a viagem para Portugal, e na comunicação e referenciação de casos a instituições internacionais como OMS e ECDC.

É difícil comprovar, mas é muito provável que estas intervenções tenham reduzido a capacidade de transmissão do vírus e conseguido uma maior dispersão de casos no tempo, permitindo rentabilizar e preparar recursos humanos, materiais e de equipamento para a fase de mitigação e aguardar a disponibilidade de uma vacina.

Na etapa de mitigação as intervenções em relação aos contactos tiveram como objectivo minimizar o impacto da pandemia, através da redução da probabilidade de infecção em grupos de risco acrescido de contágio ou de desenvolvimento de doença grave.

Nesta etapa emanaram-se recomendações para quimioprofilaxia selectiva de acordo com o risco, com restrição das suas indicações em relação à fase de contenção e com reforço continuado da informação sobre as medidas de protecção individual e afastamento social que também foram recomendadas na etapa de contenção.

Deixou de ser aplicável a confirmação laboratorial de todos os casos, pelo que o conceito de contacto passou a aplicar-se aos contactos próximos de casos com síndrome gripal, confirmada ou não a sua etiologia.

A evidência científica, entretanto disponibilizada, permitiu identificar grupos de risco acrescido para complicações, nomeadamente grávidas, puérperas, e crianças de idade inferior a 12 meses, para os quais a profilaxia era prescrita no acto do diagnóstico do doente com síndrome gripal com quem tinham contactado. Igualmente recomendada foi a quimioprofilaxia dos contactos próximos de casos fulminantes, considerando a hipótese de terem sido causados por estirpes virais mais agressivas.

A instituição de quimioprofilaxia aos outros contactos comunitários de risco era da responsabilidade dos médicos de saúde pública, mas, ao contrário da fase anterior, deixou de se proceder a uma procura activa dos contactos.

Os esquemas profilácticos repetidos em pessoas elegíveis, nomeadamente pertencentes a grupos de risco, institucionalizadas, ou profissionais de saúde, foi também desaconselhada, uma vez que a disponibilidade de uma vacina eficaz e segura, a partir de Outubro de 2009, com recomendações baseadas numa estratégia de risco, representava uma medida de prevenção mais efectiva.

Internamentos e cuidados intensivos

Em Portugal, à semelhança da maioria dos países europeus, não foi obrigatória a notificação dos casos hospitalizados por gripe A(H1N1) 2009. Torna-se, assim, difícil de quantificar com exactidão o número de internamentos que ocorreram no nosso País, quer em enfermaria, quer em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no decurso da pandemia de gripe.

De igual modo, a multiplicidade de sistemas informáticos existentes nas diferentes instituições do SNS, com protocolos de comunicação de dados incompatíveis entre si, não permite uma via alternativa de análise viável e facilmente exequível. De referir contudo que, dada a sua maior relevância, está previsto para breve a realização de um inquérito a nível nacional para avaliar o impacto da gripe A(H1N1) 2009 nos Cuidados Intensivos, coordenado pela DGS e com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Foi registado pela DGS o internamento de 1436 doentes e destes, 193 em UCI. Estes valores devem constituir os limites inferiores ou mínimos do número de internamentos realmente verificado. Para a determinação do valor provável esperado e do limite superior podemos recorrer, no momento actual, a extrapolações baseadas na experiência publicada de outros países (Tabela 7).

Com base nos dados da referida Tabela, em que a experiência australiana e neozelandesa têm um peso predominante, é admissível para Portugal um número próximo dos 2400 internamentos hospitalares, dos quais cerca de 300 teriam necessitado de cuidados intensivos. A título de exemplo, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, com uma zona de influência populacional entre os 550000 e os 1500000 habitantes, teve cerca de 150 internamentos com 35 em UCI.

O número de internamentos hospitalares também pode apresentar variações entre diferentes regiões ou países de acordo com as medidas de contenção utilizadas. Em vários países todos os casos confirmados foram internados na etapa de contenção, mesmo na ausência de critérios de gravidade que justificassem o internamento.

Valores de referência	Cenários de internamentos em Portugal		Referências e comentários
	Enfermaria+UCI	UCI	
≤100 intern./10 ⁵ habitantes 15% em UCI	≤10.627	≤1.594	“Pior cenário razoável” publicado no documento de avaliação de risco do ECDC de 17 de Dezembro 2009. Estes valores não foram confirmados, tendo apenas valor indicativo do limite superior.
23 intern./10 ⁵ habitantes, 6,5 a 25% em UCI	2.444	159 a 611	Valores calculados a partir dos seguintes artigos: - Bishop JF. NEJM 2009; 361:1935-44. - Jain S. NEJM 2009;361:2591-4. - Dominguez-Cherit G. JAMA 2009;302:1880-7.
22,6 intern./ 10 ⁵ habitantes 13% em UCI	2.402	312	Valores baseados na experiência da Austrália e Nova Zelândia e publicado em: - Kotsimbos T. Am J Respir Crit Care Med 2010;181:300-6.
28,7 internamentos em UCI por 10 ⁶ habitantes	—	305	Valor baseado na experiência da Austrália e Nova Zelândia e publicado em: - ANZIC. NEJM 2009;361:1925-34.

Tabela 7 - Valores estimados de internamentos em enfermaria e UCI por gripe A(H1N1) 2009 para Portugal (população residente: 10627250 habitantes), tendo em atenção vários cenários possíveis.

Parece-nos, igualmente, útil e importante confrontar as medidas implementadas no decurso da actual pandemia com as medidas preconizadas no Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia da Gripe. Estas medidas estavam organizadas de acordo as fases de actividade pandémica da OMS:

Fase 4 e 5 (até 10 de Junho de 2009):

- **Medida 1: Selecção e preparação dos Hospitais de Referência para avaliação e eventual internamento dos casos suspeitos/possíveis e de todos os casos confirmados de gripe e selecção dos Hospitais Dedicados.**

Foram seleccionados como Hospitais de Referência o Hospital de D. Estefânia, o Hospital de Curry Cabral, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital de São João. Todos os hospitais estavam devidamente preparados e todos os casos confirmados ou em investigação, a aguardar exames laboratoriais, foram internados nos Hospitais de Referência.

Não foram seleccionados hospitais dedicados, o que se poderá justificar pela menor gravidade da estirpe pandémica de origem não-aviária.

Posteriormente, na fase 6, foram incluídos na rede de referência hospitalar o Hospital de Central de Faro, o Hospital Pediátrico de Coimbra, o Hospital de Santo António e o Hospital de Vila Real.

- **Medida 2: Preparação dos hospitais para a pandemia de gripe.**

A maioria dos hospitais nacionais iniciou a sua preparação para a pandemia, através da elaboração de planos de contingência internos, de acordo com as orientações da DGS e em articulação com as respectivas ARS. Estes planos tinham um grande enfoque na avaliação da capacidade instalada e da capacidade máxima potencial dos recursos humanos, técnicos e materiais disponíveis e recrutáveis, adaptados aos cenários regionais de influência hospitalar.

Os Hospitais de Referência, pela sua maior preparação e envolvimento, serviram frequentemente de modelo para os restantes hospitais. Não houve registo de défice de recursos no decurso da pandemia, para o que também contribuiu a menor gravidade da pandemia, em relação ao que era esperado tendo como referência a gripe aviária.

- **Medida 3: Detecção de todos os casos suspeitos/possíveis de gripe entre os doentes que recorram aos serviços de urgência hospitalar ou entre os doentes já internados.**

Numa fase inicial, passou a ser pesquisado por rotina, a presença de critérios epidemiológicos (*link*) nos doentes com quadro clínico compatível com gripe nos diferentes serviços de saúde. Os países ou territórios incluídos no *link* epidemiológico eram actualizados diariamente. A validação técnica, principalmente médica, foi assegurada desde 25 de Abril pela DGS dando origem posteriormente à “Linha Verde dos Médicos” que funcionou até 10 de Julho.

A Linha Saúde 24 contribuiu significativamente para a informação da população e para reduzir o recurso por auto-iniciativa de doentes suspeitos às urgências hospitalares.

Na etapa de contenção, todos os casos para investigação, com critérios clínicos e *link* epidemiológico, foram referenciados para os Hospitais de Referência. Os delegados de saúde eram informados dos casos em investigação ou confirmados para rastreio de contactos.

- **Medida 4: Observação e realização de exames complementares de diagnóstico e, eventual internamento em Hospitais de Referência de todos os casos em investigação ou confirmados de gripe.**

Todos os doentes com critérios de investigação foram observados e submetidos a diagnóstico laboratorial da infecção por gripe A(H1N1) 2009 nos Hospitais de Referência, aí permanecendo até conhecimento do resultado laboratorial. No início da etapa de contenção todos os casos confirmados permaneceram internados, em regime de isolamento, nos Hospitais de Referência.

Com o aumento do número de casos e o melhor conhecimento das características epidemiológicas e clínicas da estirpe pandémica, estes procedimentos foram sendo simplificados e alguns doentes em investigação, sem critérios de gravidade, passaram a aguardar os resultados dos exames laboratoriais em ambulatório, em regime de auto-vigilância e de evicção social. Este procedimento foi sendo gradualmente adoptado nos casos confirmados sem critérios de gravidade.

Fase 4, 5 e 6:

- Medida 5: Criação, activação e utilização de zonas exclusivas para doentes com queixas respiratórias, nos serviços de urgência hospitalar.

Foram activadas nos serviços de urgência hospitalar zonas exclusivas para o atendimento de doentes com queixas respiratórias, equipadas com sinalética identificadora e permitindo a higiene e a etiqueta respiratória. Em alguns hospitais, estas zonas estavam integradas nos serviços de urgência ou no exterior como, por exemplo, em pavilhões anexos ou contentores.

A Linha Saúde 24, progressivamente reforçada, contribuiu para o aconselhamento da população e a referenciação dos doentes, de acordo com um algoritmo de identificação de grupos de risco e critério de gravidade, desencorajando o recurso directo de doentes às urgências hospitalares.

Fase 6 (desde 11 de Junho de 2009):

- Medida 6: Activação do plano para o período pandémico, com “abertura” dos hospitais dedicados, minimização do risco de transmissão nosocomial e protecção dos profissionais de saúde.

Cada hospital foi responsável pela elaboração e implementação do seu plano de contingência interno, passando com o início da etapa de mitigação a 21 de Agosto a atender os doentes com queixas respiratórias da sua zona de influência. Os planos de contingência contemplavam formação em controlo de infecção, utilização de equipamento de protecção individual e segurança laboratorial.

Como já foi referido, não foram activados hospitais dedicados, o que se poderá justificar pela menor gravidade da estirpe pandémica em relação ao que era esperado com a gripe de origem aviária.

- Medida 7: Maximização da capacidade de internamento dos hospitais.

Os planos de contingência hospitalares contemplavam o levantamento da capacidade instalada e da capacidade máxima potencial, com eventual recurso a espaços extra-hospitalares. Felizmente, não se verificou o esgotamento da capacidade de internamento instalada dadas as características da pandemia e a sua maior benignidade.

Foram disponibilizadas pela DGS Orientações Técnicas com critérios de internamento hospitalar, de referenciação para UCI e de alta hospitalar. Não houve necessidade de definição de critérios de triagem para admissão em cuidados intensivos, nem necessidade de desenvolver o enquadramento ético e legislativo para a suspensão ou não-iniciação de medidas de suporte avançado de vida.

- Medida 8: Internamento de doentes em isolamento ou por coortes de data de início da doença, segundo critérios de gravidade, sociais e outros.

Sempre que possível, os doentes foram internados em regime de isolamento e, quando ultrapassada a capacidade de isolamento, em enfermaria por coortes. Alguns hospitais criaram zonas exclusivas de internamento para estes doentes, tais como, enfermarias, serviços e pisos. Os internamentos decorreram exclusivamente de critérios de gravidade.

- Medida 9: Adequação de recursos humanos.

Esteve sempre assegurada a adequação dos recursos humanos. Nalgumas situações pontuais houve necessidade de redistribuição de pessoal na própria instituição, mas sem necessidade de recrutamento extra-hospitalar.

Os profissionais de saúde receberam formação em controlo de infecção, incluindo treino de utilização de equipamentos de protecção individual. Foi-lhes disponibilizado sem restrições quimioprofilaxia ou tratamento precoce com antivíricos sempre que se justificasse e de acordo com as Orientações Técnicas da DGS. Foi reforçada a vacinação contra a gripe sazonal nas instituições do SNS e os profissionais de saúde foram incluídos nos grupos prioritários de vacinação pandémica de acordo com a sua actividade e indispensabilidade.

Em algumas unidades ou serviços de maior risco de transmissão nosocomial, tais como, unidades de neonatologia, unidades de transplantação e serviços de medicina intensiva, no período prévio à disponibilização da vacina pandémica procedeu-se à realização de rastreio de febre e de queixas respiratórias a todos os profissionais de saúde, no início do turno de trabalho.

- Medida 10: Optimização do uso de medicamentos, de equipamentos de protecção individual e de outros consumíveis.

A constituição de reservas hospitalares e nacionais, a formação dos profissionais de saúde, a disponibilização de Orientações Técnicas pela DGS e maior benignidade da estirpe pandémica, em relação ao previamente planeado, foram factores decisivos para a ausência de situações de ruptura dos medicamentos, equipamentos e consumíveis. Não houve necessidade de implementar procedimentos especiais de segurança e controlo, nem de monitorização dos consumos.

- **Medida 11: Apoio psicossocial aos profissionais de saúde e seus familiares, assim como aos familiares dos doentes internados.**

A menor gravidade da pandemia não justificou a criação de serviços especiais de apoio psicossocial aos profissionais de saúde e aos familiares das vítimas.

- **Medida 12: Minimização do tempo de permanência de cadáveres nas morgues e casas mortuárias.**

A menor letalidade da pandemia não condicionou o esgotamento ou ruptura da normal capacidade instalada das morgues e casas mortuárias. Mantiveram-se os procedimentos habituais, pelo que não houve necessidade de reavaliação do enquadramento legislativo para o levantamento e transporte de cadáveres e realização de funerais.

- **Medida 13: Reavaliação dos planos de contingência (específicos de cada instituição e serviço de internamento) na fase de declínio da primeira onda e preparação para a onda pandémica subsequente.**

A disponibilidade de uma vacina no decurso de uma primeira onda pandémica, facto inédito na história das pandemias, poderá ter um profundo impacto na história natural da doença. Contudo, a incerteza de mais ondas pandémicas pressupõe uma atitude responsável de avaliação e preparação.

O presente relatório da DGS enquadra-se nesses objectivos globais e nos objectivos mais específicos das instituições do SNS com serviços de internamento. Revela-se, assim, fundamental que as instituições do SNS tenham a motivação e a capacidade de reavaliar os seus planos de contingência.

No âmbito do Internamento e dos Cuidados Intensivos, merecem ainda referência duas medidas inovadoras, resultantes da flexibilidade desejável para lidar com uma situação desta natureza. A saber:

- a criação proposta e operacionalizada pela DGS, de uma reserva estratégica nacional de zanamivir por via endovenosa destinada a doentes com formas graves de doença, internados em UCI, e suspeita de resistência ao oseltamivir ou disfunção gastrointestinal persistente com incapacidade de manutenção de níveis séricos terapêuticos de oseltamivir. Esta reserva foi activada em 5 doentes, dos quais 2 sobreviveram e 3 faleceram.
- o primeiro centro ibérico onde foi utilizado ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) para doentes com ARDS grave refractário no decurso da infecção pelo H1N1, esteve sediado no Hospital de São João, no Porto. Tendo disponibilizado em *lifesaving* a oxigenação por membrana extracorporal a 4 doentes, com sobrevida em dois pacientes.

Vacinas e medicamentos

Estratégia de vacinação

A aquisição da vacina pandémica estava prevista no Plano de Contingência³³, no âmbito da Reserva Estratégica de Medicamentos.

Para definir e concretizar a estratégia de vacinação a adoptar por Portugal, o Ministério da Saúde reuniu, em 4 de Junho de 2009, um grupo alargado de peritos que se pronunciaram maioritariamente a favor da aquisição de uma vacina pandémica.

Quanto à vacinação, pela primeira vez foi possível dispor de uma “vacina pandémica” durante uma pandemia de gripe.

Portugal optou por uma estratégia de risco com a finalidade de reduzir a probabilidade de ocorrência de casos graves e de mortes. A vacinação, destinada a uma população-alvo de 3 milhões de pessoas³⁴ (cerca de 30% da população), teve por principais objectivos a protecção dos cidadãos mais vulneráveis, de modo a reduzir a morbilidade e a mortalidade, assegurar a continuidade dos serviços fundamentais e, ainda, reduzir a transmissão e a velocidade de expansão da doença.

O INFARMED fez um levantamento das vacinas pandémicas que estariam disponíveis na Europa e respectivas condições de aquisição, tendo sido seleccionada a vacina Pandemrix® da empresa farmacêutica *Glaxo Smith Kline* (GSK). À data, inicialmente, estavam recomendadas duas doses por pessoa para garantir a imunogenicidade/eficácia da vacina.

Por Resolução de Conselho de Ministros³⁵, foi autorizada a aquisição de seis milhões de doses, para a vacinação, em regime de campanha, da população elegível, mediante ajuste directo. O contrato foi concretizado com a firma GSK.

Foram também desencadeados os mecanismos necessários para a aquisição de seringas e agulhas uma vez que as vacinas são disponibilizadas em frascos multidose (10 doses por frasco). O transporte desde a origem (Bélgica) e a logística de distribuição foi da responsabilidade do Ministério da Saúde, nomeadamente da DGS, da ACSS, das ARS e das DRS dos Açores e da Madeira.

Tendo em atenção o risco para o desenvolvimento de complicações decorrentes da infecção, bem como o desempenho de funções essenciais e ainda a disponibilidade de vacinas, foram definidos³⁶, por ordem decrescente de prioridade para a vacinação, três grupos-alvo: A, B e C. Estes grupos foram alvo de algumas actualizações em função do conhecimento epidemiológico e da disponibilidade de vacinas.

³³ Acessível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1010835.pdf>

³⁴ Atendendo a que a dose infantil é metade da dose de adulto.

³⁵ Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2009 (Diário da República, 1.ª série, n.º 140, de 22 de Julho de 2009)

³⁶ Proposta efectuada com base na opinião de especialistas da DGS, da Comissão Técnica de Vacinação, de Sociedades Científicas e de outros peritos, nomeadamente de Obstetrícia.

A vacina

As vacinas contra a infecção pelo vírus da gripe pandémica A(H1N1)2009 foram aprovadas, para uso na Europa, pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) e pela Comissão Europeia, em Setembro de 2009.

A vacina Pandemrix® foi desenvolvida pela firma GSK e é uma vacina inactivada de viriões fragmentados com adjuvante AS03 que é composto por esqualeno, DL- α -tocoferol e polissorbato 80. Contém traços residuais de proteína do ovo, ovalbumina, formaldeído, sulfato de gentamicina e desoxicolato de sódio.

A vacina é fornecida em frascos multidose (com 10 doses cada) e é constituída por uma suspensão e por uma emulsão. A suspensão corresponde a um frasco multidose (10 doses) contendo o antígeno e a emulsão a um frasco contendo o adjuvante para as 10 doses.

O adjuvante e o antígeno são misturados antes da administração da vacina. Após a mistura obtém-se o volume de 5ml, correspondente a 10 doses. Uma dose (0,5 ml) contém viriões fragmentados, inactivados com conteúdo antigénico da estirpe A/California/7/2007, propagado em ovos, correspondente a 3,75 microgramas de hemaglutinina. Uma dose contém também adjuvante, excipientes e 5 microgramas de tiomersal³⁷.

A vacina está indicada para pessoas com idade ≥ 6 meses incluindo grávidas; confere também protecção ao filho nos primeiros meses de vida, idades em que a vacina não está indicada. A vacina é, também, recomendada para as mulheres que amamentam. Em qualquer das situações, administra-se exclusivamente por via intramuscular.

Um diagnóstico prévio de gripe A(H1N1)2009, baseado apenas em critérios clínicos, sem confirmação laboratorial, não justifica a não a vacinação.

A dosagem e local anatómico de administração recomendados variam com a idade, as crianças com menos de 10 anos fazem 0,25 ml por dose e todas as outras pessoas fazem 0,5 ml.

³⁷ Circular Informativa N.º 052/CA de 18/05/2004, do INFARMED: utilização de tiomersal em vacinas de uso humano (<http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/21443.PDF>)

O esquema cronológico recomendado inicialmente previa a administração de duas doses por pessoa administradas com um intervalo mínimo de quatro semanas. Posteriormente a EMEA reviu esta recomendação e, actualmente, apenas as crianças até aos 10 anos de idade e as pessoas imunodeprimidas têm indicação para fazer duas doses; para as restantes pessoas está recomendada apenas uma dose.

Não existem estudos de compatibilidade referentes à administração concomitante da Pandemrix® com outras vacinas. No entanto, como regra geral, uma vacina inactivada pode ser administrada simultaneamente ou em qualquer data antes ou depois de outra vacina (viva ou inactivada), não devendo perder-se oportunidades de vacinação.

A vacina apresenta um bom perfil de segurança e as reacções adversas detectadas pelos sistemas de farmacovigilância nacional (INFARMED) e internacionais não revelam diferenças relevantes em relação à vacina sazonal.

Campanha de vacinação

A Campanha de vacinação, coordenada pela DGS, teve início no dia 26 de Outubro de 2009 e foi precedida pela aplicação de um plano de formação em cascata para médicos e enfermeiros do Continente e das Regiões Autónomas.

A disponibilidade de vacinas no País foi totalmente condicionada pela capacidade de produção e distribuição da empresa GSK, tendo sido estabelecido um calendário de distribuição faseada para 2009 e para o início de 2010. O faseamento das entregas obrigou a que fossem definidos subgrupos prioritários para vacinação.

As vacinas foram distribuídas às ARS e Direcções Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira e por estas aos agrupamentos de centros de saúde (ACES)/centros de saúde, aos hospitais e a serviços de saúde de outras instituições.

A administração das vacinas foi feita principalmente em cuidados de saúde primários, mas também em hospitais, no âmbito da saúde ocupacional e da vacinação dos doentes de risco internados e, ainda, por determinadas entidades (como por exemplo forças policiais) às quais o Ministério da Saúde cedeu as vacinas para que estas organizassem a vacinação dos seus efectivos.

A vacinação dos doentes dos grupos-alvo, nos centros de saúde, foi feita mediante apresentação de uma declaração médica que atestava a sua pertença a um dos grupos (A, B ou C), esta declaração não era uma recomendação da vacina mas apenas uma certificação para efeitos de inclusão num grupo elegível para vacinação. A decisão de ser vacinado ou não foi e é da responsabilidade do cidadão.

Sempre que possível o processo de “inclusão” foi simplificado, não implicando, necessariamente, uma consulta médica. Por exemplo, as grávidas, os doentes diabéticos portadores do “Guia do Diabético” e as crianças (quando a vacinação foi alargada também às saudáveis), não necessitavam de qualquer declaração médica para se vacinarem.

As vacinas administradas nos centros de saúde foram registadas no módulo de vacinação do SINUS. Diariamente prepararam-se resumos estatísticos que permitiram avaliar a Campanha.

A primeira remessa de vacinas foi de apenas alguns milhares de doses e portanto, tornou-se necessário definir, dentro do Grupo A, os primeiros cidadãos a vacinar (prioritários), em função da sua vulnerabilidade e/ou do seu papel vital na resposta à pandemia. Assim, a vacinação foi iniciada pelos subgrupos discriminados no Anexo à Circular Normativa então emitida³⁸. Na primeira fase do Grupo A, destacaram-se grávidas dos 2º e 3º trimestres de gravidez com patologia associada e os profissionais de saúde.

Em relação ao Grupo B, considerou-se, posteriormente (em 13/11/2009), adequado incluir todas as crianças, com ou sem patologia, com idades ≥ 6 meses e < 24 meses, por existir evidência de que este grupo tem risco acrescido para complicações.

Para proteger o maior número de pessoas elegíveis, o mais rapidamente possível, no dia 16 de Novembro, teve início a vacinação do Grupo B mantendo-se a vacinação do Grupo A. Dentro do Grupo B, as crianças, com ou sem patologia, com idades ≥ 6 meses e < 24 meses, tinham prioridade.

Em cada mês, há cerca de 9 000 grávidas que transitam do 1.º para o 2.º trimestre da gravidez sendo também prioritárias para vacinação.

Houve indicações claras no sentido de promover a vacinação sendo preferível esgotar temporariamente as vacinas do que ter doses por administrar. As pessoas integradas num determinado grupo que não se vacinassem na altura recomendada poderiam fazê-lo posteriormente. Para evitar desperdício de doses e vacinar o mais rapidamente possível as pessoas prioritárias, para esgotar as 10 doses do frasco, vacinavam-se outras pessoas do Grupo B ou mesmo do Grupo C.

³⁸ Circular Normativa nº 17/ DSPCD, de 14/10/2009, disponível em www.dgs.pt.

Entretanto, dia 14 de Novembro de 2009, verifica-se uma morte fetal numa mulher que tinha sido vacinada com a vacina pandémica “3 dias antes”. Apesar de não se ter verificado qualquer relação causal entre os dois factos, este acontecimento, amplamente divulgado pelos media, juntamente com depoimentos de alguns médicos e enfermeiros com dúvidas sobre a vacina e ainda algumas declarações na *internet* de pessoas supostamente informadas, provocaram dúvidas nos cidadãos e uma adesão à vacinação inferior à esperada. A complexidade em estabelecer a associação causa-efeito, isto é, a imputação causal, foi, em grande parte, ignorada pela Imprensa.

Realça-se que este fenómeno se verificou na quase totalidade dos países desenvolvidos (os que tinham vacina) e que os “movimentos anti-vacinação” não tinham nenhuma base científica para a sua argumentação.

Ter-se-á, por ventura, verificado um fenómeno de “inversão da percepção do risco”, ocorrendo em simultâneo uma desvalorização da doença e uma valorização infundada dos riscos da vacina. Os cidadãos deixaram de ter receio da doença e passaram a ter receio das hipotéticas reacções adversas da vacina. É também de referir que a apresentação (frascos multidose de 10) e distribuição da vacina (pequenas quantidades inicialmente), da responsabilidade da firma produtora, não facilitaram o processo.

A 17 de Dezembro iniciou-se a vacinação do Grupo C e, a partir desta data, todos os cidadãos pertencentes a qualquer dos grupos passaram a ter acesso à vacinação. Entretanto, a vacina tornou-se extensível a qualquer criança até aos 12 anos de idade e este subgrupo tornou-se prioritário no Grupo C.

Em Janeiro verificou-se a vacinação dos profissionais dos estabelecimentos prisionais e de reclusos.

Em Junho de 2010 estavam distribuídas em Portugal 2 milhões de doses de vacina estimando-se a administração de cerca de 700 mil doses, correspondendo a uma taxa de cobertura, em relação à população-alvo, de cerca de 20%, uma vez que houve grupos, como as crianças, que necessitaram de 2 doses.

Entretanto, o facto de só ser necessária uma dose da vacina na maioria das situações, levou o Ministério da Saúde a desenvolver negociações com a firma GSK no sentido de reduzir a encomenda inicial de 6 milhões de doses que estão, à data, claramente acima das nossas necessidades de acordo com a estratégia de vacinação nacional (vacinação de grupos de risco) a que acresce ainda a verificação de coberturas vacinais aquém do previsto. As negociações ainda decorrem.

Apesar da actual redução da actividade gripal, importa referir que o novo vírus H1N1 que provocou a Pandemia irá continuar a circular. Por isso, justifica-se plenamente a necessidade de prosseguir a vacinação que está em desenvolvimento.

A vacina é a forma mais eficaz de minimizar as complicações graves decorrentes da gripe A. Como tal, é nosso objectivo continuarmos a vacinar o maior número de pessoas elegíveis.

Continua a recomendar-se a vacinação dos profissionais de saúde, para a sua própria protecção, para a protecção dos doentes que tratam e, ainda, para reduzir o absentismo quando ocorrer uma nova epidemia causada pelo vírus A(H1N1)2009.

Admite-se ainda o alargamento da vacina a outros grupos, quer na sua forma monovalente quer em outras apresentações, uma vez que o antigénio referente ao vírus A(H1N1)2009 vai passar a integrar a vacina sazonal para o próximo Outono/Inverno, de acordo com as orientações da OMS.

Medicamentos

Antivirais

Os antivirais são a única terapêutica específica contra o vírus da gripe e quando não existem vacinas podem ter um papel importante num contexto de pandemia. O tratamento, se instituído nas primeiras 48 horas é passível de reduzir a frequência das complicações, o número de internamentos hospitalares e consequentemente de mortes. A sua utilização aplica-se também em regime de profilaxia. O impacto dos antivirais na incidência da doença não está claramente estabelecido.

A Reserva Estratégica de Medicamentos (REM), contemplada no Plano de Contingência para a Pandemia de Gripe, previa a aquisição de antivirais.

Reunidas as instituições e os peritos na área, foi proposta a aquisição de uma reserva de fosfato de oseltamivir, a granel, suficiente para assegurar exclusivamente durante a pandemia (fase 6) o tratamento de 2,5 milhões de pessoas (considerando 2 tomas diárias de 75 mg, durante 5 dias), e a quimioprofilaxia de profissionais prioritários e nalgumas circunstâncias, a contactos de casos.

Assim, foram adquiridas em 2005 aquelas quantidades de fosfato de oseltamivir em pó. O produto foi entregue em 2006 e ficou sob custódia conjunta da Direcção-Geral da Saúde e do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos que também foi responsável pelo seu armazenamento.

Adquiriu-se ainda uma reserva de fosfato de oseltamivir em cápsulas (Tamiflu®) bem como uma pequena reserva de zanamivir (Relenza®) para serem utilizados nas fases 3, 4 e 5 da actividade gripal.

Nas fases 4 e 5 e no início da pandemia foram utilizadas as cápsulas de Tamiflu® e à medida que aumentaram os casos procedeu-se ao fraccionamento do fosfato de oseltamivir em frascos com medicamento suficiente para um tratamento (adultos e várias apresentações para crianças).

A Direcção-Geral da Saúde e o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos acordaram também o processo de distribuição do produto fraccionado e utilizado por todo o País, incluindo as Regiões Autónomas por forma em que todas as unidades de saúde públicas e privadas dispensassem sempre o medicamento em tempo útil.

O INFARMED é a entidade responsável pelo controlo de qualidade do fosfato de oseltamivir a granel.

Nas unidades de atendimento de doentes, em ambulatório e internamento ou perante a necessidade de fazer quimioprofilaxia, o medicamento é reconstituído, na altura da sua dispensa ou utilização, com a adição de água.

A administração de fosfato de oseltamivir faz-se sob a forma de solução de acordo com os esquemas de tratamento e de quimioprofilaxia descritos e recomendados na Orientação Técnica 7 que foi sendo actualizada de acordo com a evidência científica disponível.

No decurso da pandemia verificou-se a nível internacional, que doentes muito graves podiam beneficiar de terapêutica com zanamivir endovenoso. Esta formulação (solução aquosa de zanamivir) foi utilizada, no contexto da pandemia, em regime de utilização compassiva, em situações clínicas muito restritas e precisas, de acordo com a evidência científica entretanto adquirida.

A aquisição de medicamentos para o uso compassivo é um processo complexo e decidido caso a caso. Atendendo à demora do processo, numa situação de reconhecida gravidade clínica, em que o início da terapêutica é um factor prognóstico decisivo, considerou-se muito importante a constituição de uma reserva nacional de um número mínimo de doses.

Considerando a urgência do início do tratamento com solução aquosa de zanamivir, foi pedido excepcionalmente, pela DGS, uma rápida obtenção de AUE ao INFARMED, para constituição de uma pequena reserva nacional (3 tratamentos - 90 ampolas) que a firma GSK aceitou assegurar.

O armazenamento desta reserva, constituída a 20 de Dezembro, foi centralizada na farmácia do Hospital Curry Cabral, sendo disponibilizado em tempo útil aos Hospitais quando necessário e após preenchimento dos protocolos para uso compassivo de medicamentos.

Assim, em Portugal, e até Dezembro de 2009, a solução aquosa de zanamivir foi utilizada em cinco doentes com infecção confirmada, internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) com quadros clínicos muito graves, com uma ou mais falências orgânicas e necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Em síntese, os medicamentos antivirais estiveram disponíveis para tratamento e/ou quimioprofilaxia sempre que necessário, pelo que a Reserva Nacional se revelou extremamente útil. Também os processos de fraccionamento e de distribuição se verificaram eficazes.

A incerteza inerente à emergência de um novo vírus e respectiva gravidade reflectiram-se na utilização dos medicamentos e vacinas disponíveis. No entanto, os países não podem deixar de ter um “seguro” para os seus cidadãos caso a doença se manifeste de forma grave.

COMUNICAÇÃO

Conforme previsto no Plano de Contingência foi constituída uma equipa multidisciplinar de especialistas da DGS que trabalhou em articulação com a assessoria de comunicação do gabinete da Ministra da Saúde.³⁹

O plano de Comunicação visou apoiar a gestão da ameaça e crise geradas pela gripe pandémica e incluiu a vigilância baseada em acontecimentos, a comunicação de risco e a comunicação de recomendações e orientações.

A concretização desse Plano apoiou-se nas seguintes duas acções principais:



Recolha de informação

Indispensável à concretização do Plano de Comunicação esteve a recolha de informação técnico-científica e noticiosa, actualizada e exaustiva, sobre a gripe pandémica e a respectiva avaliação.

Foram consultadas, várias vezes ao dia, principalmente as seguintes fontes de informação e plataformas de comunicação:

- ECDC/ EWRS
- OMS/Regulamento Sanitário Internacional
- CDC
- Regulamento Sanitário Internacional
- Hedis
- Sites oficiais de vários países
- ProMed

⁴⁰ Gabinete coordenado por Cláudia Borges e que integrou Helena Marteleira e Joana Réfega.

- Medisys
- Revistas científicas - Lancet, MMWR, Eurosurveillance, Science, Nature, British Medical Journal, American Journal of Epidemiology.
- Media: Lusa, Cision, jornais e revistas vários, BBC, Skynews, CNN, entre outras
- Relatórios novos e actualizados, artigos científicos e técnicos, recomendações, orientações, etc.

Identificadas e coligidas as informações reconhecidas como relevantes para a gestão da pandemia, procedeu-se à sua difusão pelos diferentes públicos-alvo, disponibilizando-se no *site* as de maior relevo.

A identificação precoce de rumores facilitou a actuação adequada das autoridades de saúde e profissionais de saúde no sentido de se evitarem alarmismos desnecessários.

Públicos-alvo de comunicação

Foram definidos os seguintes públicos-alvo para o Plano de Comunicação:

1. Cidadãos em geral
2. Profissionais de saúde
3. Órgãos de Comunicação Social
4. Crianças
5. Invisuais
6. Escolas
7. Idosos
8. Viajantes e peregrinos do 13 de Maio em Fátima
9. Parceiros sociais, empresas, entidades e instituições várias
10. Outros grupos - Grávidas e puérperas a amamentar, doentes obesos (obesidade mórbida), portadores de VIH/SIDA, portadores de insuficiência renal crónica e em diálise, portadores de diabetes mellitus; situações relacionadas com Medicina Dentária e Saúde Oral.

1. Cidadãos em geral

O Plano de Comunicação para o público em geral teve 2 objectivos principais:

- Disponibilizar aos cidadãos informação sobre o novo vírus, a doença que provoca e as formas de a evitar, nomeadamente a vacinação;
- Dar aos cidadãos mais capacidade, de forma a permitir-lhes a tomada de decisões e a adopção de procedimentos com o objectivo de atrasar a propagação do vírus e de evitar a doença.

A principal mensagem transmitida durante a etapa de contenção da Gripe A apontou dois gestos básicos de protecção - a lavagem frequente das mãos e a protecção da boca e nariz durante a tosse ou o espirro - bem como informação sobre os sintomas da doença.

Durante a etapa de mitigação, a principal mensagem veiculada incidiu, por um lado, sobre os cuidados a ter em caso de doença e as medidas a tomar; por outro, sobre os benefícios e riscos da vacinação e a importância de os cidadãos com indicação para serem vacinados o fazerem.

Foram várias as formas de comunicação mantida com os cidadãos:

1.1. Conferências de imprensa transmitidas pelos canais de televisões e de rádio, comunicados, notas de imprensa, entrevistas e participação de técnicos em vários programas de televisão e rádio;

1.2. Campanhas de sensibilização para a gripe A, com mensagens sobre sintomas de gripe e medidas de protecção a adoptar.

1.2.1. Foram produzidos, na etapa de contenção, cartazes, folhetos e *spots* publicitários para divulgação na imprensa escrita, por canais de televisão, rádio, *outdoors* e outros suportes publicitários. Este material, além de ter sido distribuído gratuitamente a quem o solicitou, foi, também, disponibilizado no *microsite* da gripe, para *download*. No início de Maio de 2009, foi já possível disponibilizar folhetos em 4 línguas (português, francês, inglês e espanhol), com as principais mensagens e que, juntamente com os cartazes, foram distribuídos por todos os aeroportos nacionais, incluindo RA dos Açores e RA da Madeira, bem como em portos marítimos.



Figura 40 - Dois exemplos de cartazes produzidos durante a campanha.

Por outro lado, no mês de Junho, procedeu-se à distribuição de cerca de 30 mil cartazes e 1 milhão de folhetos (Figura 40). Mais tarde, depois de melhoradas as mensagens e testada a logística de distribuição do material, concretizou-se uma segunda fase de informação ao público, com a produção de 3 milhões de folhetos e 390 mil cartazes, distribuídos por cerca de 200 locais de grande afluência de público.

Durante a etapa de mitigação, foi solicitado material de informação por mais de centena e meia de empresas, grupos e associações.

A divulgação da informação e principais mensagens em numerosos jornais e revistas resultou duma parceria concretizada entre a DGS e os principais grupos de comunicação social portugueses, em que o espaço foi cedido gratuitamente.

Os *spots* publicitários produzidos para a etapa de contenção começaram a ser divulgados por canais de televisão e rádio (excepto os do grupo Medicapital) a partir de Julho de 2009. Salienta-se que estes *spots* só tiveram custos de produção dos vídeos, realizada por uma empresa privada, uma vez que o tempo da antena nas televisões, os actores e profissionais intervenientes participaram em regime *pro bono*. É de sublinhar o elevado grau de responsabilidade social das empresas e dos cidadãos que colaboraram.

Spots disponíveis em <http://www.youtube.com/watch?v=dMr0ijAVwIM> e <http://www.youtube.com/watch?v=uaoUffbDqgl> (última consulta em 8 de Março de 2010);

Durante a etapa de mitigação, foram criados e divulgados pelos canais de televisão estatais 1 e 2, *pro bono*, novos *spots* publicitários, com mensagens validadas pela DGS.

1.2.2. Outdoors

Entre 18 e 31 de Agosto, foram colocados por todo o País, 200 *outdoors* como o representado na [Figura 41](#):



Figura 41 - Outdoor utilizado.

1.2.3. Rede de caixas multibanco

De 31 de Agosto a 6 de Setembro de 2009, foi disponibilizada informação sobre gripe em mais de 1500 caixas espalhadas por todos os distritos, com a excepção dos de Lisboa e Porto, em regime *pro bono*.

1.2.4. Sacos para pão

Uma empresa produtora de sacos para pão, utilizou estes suportes para imprimir os dois anúncios da Gripe que já vinham sendo emitidos pela Comunicação Social.

1.2.5. Informação em russo, romeno, chinês e inglês

Em colaboração com o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, foi disponibilizada informação para encaminhamento dos doentes para a Linha de Saúde 24 em várias línguas – russo, romeno, chinês e inglês

<http://www.youtube.com/watch?v=6HeRbYSDhU4>,

<http://www.youtube.com/watch?v=TpKUKHvF6TY>,

<http://www.youtube.com/watch?v=Ql8cSd0dtjM>,

<http://www.youtube.com/watch?v=q3PYLfyDKAg>,

(última consulta em 8 de Março de 2010).

1.3. SMS / parceria com operadoras de telecomunicações móveis nacionais

Em Setembro de 2009, a DGS concretizou uma parceria com as 4 Operadoras de telecomunicações móveis nacionais, TMN, Vodafone, Optimus e Phone-ix, que permitiu o envio de mensagens SMS (*Short Message Service*), com o seguinte conteúdo:

“Com sintomas de gripe fique em casa e ligue 808 24 24 24 ou contacte o seu médico. Reforce as medidas de higiene. Evite contagiar outros. Consulte www.dgs.pt”,

Esta mensagem foi enviada a todos os clientes das referidas operadoras, num total de cerca de 11 milhões de SMS, *pro bono*. Este contributo, reconhecido e aplaudido pela generalidade dos observadores, traduz o elevado grau de responsabilidade das Operadoras de Telecomunicações Móveis Nacionais, tendo sido elogiado pela OMS pela originalidade e eficácia do meio escolhido para transmitir mensagens à população em geral.

1.4. A Conferência “Gripe A: Informar para Agir”

Esta conferência foi promovida conjuntamente pela TSF/DGS na Fundação Calouste Gulbenkian, em 1 de Setembro de 2009, com a participação de representantes da OMS, ECDC, de Espanha e do Reino Unido e que juntou as principais autoridades de saúde portuguesas, incluindo a Ministra da Saúde, cumprindo-se o objectivo em alargar a informação em termos acessíveis a todos cidadãos.

1.5. Pedidos de esclarecimento por *e-mail* e telefone

Foi definido que deveriam ser esclarecidas ou orientadas para esclarecimento pela EPC as questões sobre gripe dirigidas à DGS por telefone, carta ou *e-mail*. Foram recebidos mais de mil de pedidos de esclarecimento, a que se respondeu de acordo com a disponibilidade existente. Para facilitar este procedimento, foi criada uma mensagem de voz na linha telefónica da DGS divulgando o número de telefone da Saúde 24 para uma orientação mais rápida dos utentes.

2. Profissionais de Saúde

A informação sobre gripe para os profissionais de saúde foi disponibilizada no *microsite* da gripe.

2.1. Orientações Técnicas

Foi elevado o número de Orientações Técnicas que se mostrou necessário disponibilizar no *site*. Uma vez que os documentos sofreram actualizações frequentes, a sua disponibilização foi precedida, regularmente, por uma mensagem SMS de aviso aos grupos de distribuição criados para o efeito. O mesmo aconteceu com todos os documentos que sofreram actualizações.

2.2. Interlocutores para envio de SMS e *e-mails*

Para informação sobre novos casos de doença, instruções várias, avisos de actualizações do site, reforço de medidas, procedimentos a adoptar e outras mensagens, criaram-se grupos de distribuição de SMS, incluindo Autoridades de Saúde, representantes das ARS, Directores de Hospitais e de outras instituições, e responsáveis pelos laboratórios. Simultaneamente ao envio do SMS, era remetida a mesma mensagem por *e-mail*.

O contacto com os profissionais de saúde de todo o país foi feito através dos Presidentes dos Conselhos Directivos das cinco ARS e Directores Regionais da RA da Madeira e RA dos Açores, que divulgavam a informação recebida de imediato, em cascata, para os profissionais das respectivas regiões. Mais tarde, foi possível identificar também interlocutores específicos para o Plano de Comunicação em cada ARS⁴⁰. Esta rede de comunicadores não chegou a ser inteiramente utilizada.

2.3. O telefone, o envio de *newsletters* e o correio normal para documentos oficiais foram outras vias de comunicação com os profissionais de saúde.

⁴⁰ Norte - Manuela Felício,
Centro - Lúcio Menezes, LVT
- Pedro Coelho dos Santos,
Alentejo - Gomes Esteves e
Algarve - Pedro Medina

2.4. Criação de grupos de distribuição de correio electrónico

Para facilitar o envio de informação, foram criados vários grupos de distribuição de correio electrónico:

- gripe@dgs.pt,
- coordenadorgripe@dgs.pt,
- coordenadordagripe@dgs.pt,
- h1n1@dgs.pt;
- siars@dgs.pt;
- sigripe@dgs.pt
- folhetobrilaille@dgs.pt;

2.5. ECD/EWRS e OMS

Diariamente, era enviada informação sobre a situação da gripe em Portugal para os países da UE, através da plataforma de comunicação confidencial EWRS (*Early Warning Response System*), coordenada pelo ECDC, e para a OMS, através do Regulamento Sanitário Internacional.

2.6. Audioconferências

Audioconferências frequentes, nomeadamente com a DGSANCO, ECDC, EWRS e HSC *Network*, tendo o Plano de Comunicação garantido a presença portuguesa em todas elas e difundido, em seguida, as informações obtidas, julgadas pertinentes.

3. Órgãos de Comunicação Social

Para comunicar com o público em geral, a Ministra da Saúde assumiu o papel de comunicadora principal, em regra ladeada pelo Director-Geral da Saúde e pelo Presidente do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge ou pelo Presidente do INFARMED.

O papel desta comunicação revestiu-se de especial importância não só na etapa de contenção, pois permitiu a tranquilização da população ao informar, aconselhar e clarificar de forma directa a situação da gripe em Portugal, mas também na etapa de mitigação, em que foi necessário reforçar a informação sobre a importância da vacina e os riscos e benefícios a ela associados.

As conferências de imprensa, entrevistas, comunicados e notas de imprensa foram os formatos mais frequentes da comunicação da Ministra da Saúde. Assim, até 31 de Julho, foram feitas conferências de imprensa diárias, em directo, nas televisões, sobre o ponto da situação da gripe em Portugal. A partir de Agosto, a informação passou a ser veiculada em comunicados semanais.

De realçar também as inúmeras entrevistas aos órgãos de comunicação social, bem como as participações em programas de televisão.

As questões colocadas pelos órgãos de comunicação social à DGS, por telefone ou *e-mail*, foram esclarecidas pela equipa do Plano de Comunicação com o contributo dos outros eixos do Grupo Operativo.

4. Crianças

4.1) Foi reactivado o *microsite* “Atchim”, destinado a crianças e jovens (<http://gripeinfantil.dgsaude.min-saude.pt/atchim/>)

4.2) Parceria com o Projecto «Ler+, Agir contra a Gripe»

No âmbito das acções de prevenção da gripe em meio escolar, a Direcção-Geral da Saúde, o Plano Nacional de Leitura, a Rede de Bibliotecas Escolares, a Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular e a Direcção-Geral do Livro e das Bibliotecas desenvolveram o Projecto «Ler+, Agir contra a Gripe», para impulsionar um conjunto de iniciativas relacionadas com a leitura e a escrita, que contribuem para melhorar os níveis de literacia em saúde e a prevenção das doenças transmissíveis, em especial da Gripe.

Foi produzido um livro dedicado à prevenção da gripe “O Nuno escapa à Gripe A” (<http://e-livros.clube-de-leituras.pt/elivro.php?id=onunoescapaagripea>)⁴¹ (Figura 42). Pretendia-se que fosse utilizado no início do ano lectivo por professores, educadores, pais e todos os outros técnicos que quisessem desenvolver actividades educativas com crianças, na escola ou em casa, nas bibliotecas escolares e nas bibliotecas públicas ou em espaços de tempos livres sobre a temática da Gripe. O livro encontra-se disponível em formato pdf e pode ser lido e ouvido na Biblioteca de Livros Digitais do Plano Nacional de Leitura. Mais informação em: <http://www.planonacionaldeleitura.gov.pt/>.

Foi, ainda, criada uma canção, disponível em livro digital, intitulada “Lavo as minhas mãos” (<http://e-livros.clube-de-leituras.pt/elivro.php?id=lavoasminhasmaos>) (Figura 42), que apela aos mais jovens para seguirem as regras de etiqueta respiratória.



Figura 42 - Reprodução das capas dos livros “O Nuno Escapa à Gripe A” e “Lavo as minhas mãos”.

⁴¹ Setembro de 2009.

4. Invisuais

Foram produzidos e distribuídos folhetos em Braille com conteúdos validados pela DGS. Note-se que a distribuição dos folhetos aos invisuais foi assegurada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto.

7. Viajantes e peregrinos do 13 de Maio em Fátima

Nesta ocasião produziram-se folhetos especiais para os peregrinos, disponibilizando-se também no *microsite* da gripe recomendações e orientações adequadas ao contexto.

8. Parceiros sociais, empresas, entidades e instituições várias.

Foram disponibilizadas, com as necessárias particularidades, informações, recomendações e orientações no *microsite* da gripe.

9. Outros grupos

Outros grupos com características especiais não deixaram, igualmente, de merecer a adequada atenção. Para as grávidas e puérperas a amamentar e indivíduos com obesidade mórbida, foram disponibilizados, no microsite da gripe, área do “público”, recomendações e orientações devidamente direccionadas; para os portadores de VIH/SIDA, de insuficiência renal crónica e em diálise, assim como de diabetes mellitus, também foi preparada informação própria. Por último, foram postas à disposição orientações que contemplavam as situações relacionadas com Medicina Dentária e Saúde Oral, na área destinada aos “profissionais de saúde”.

Microsite da gripe

A informação recolhida sobre a situação em Portugal e no Mundo era sempre comunicada aos dirigentes da DGS, diariamente no início da pandemia e depois com periodicidade mais alargada.

Os coordenadores e orientadores das várias áreas do Grupo Operativo da Gripe reuniram frequentemente, para divulgação da informação sobre a situação e tomada de decisões.

A informação considerada prioritária, nomeadamente os relatórios da situação da gripe no País, foi sempre enviada directamente à Ministra da Saúde, antes de ser disponibilizada no *microsite* ou enviada a outros públicos-alvo.

A comunicação da informação coligida, depois de interpretada e seleccionada, bem como a divulgação do conhecimento adquirido, foi alcançada através de:

- Contacto directo e prioritário com o Ministério da Saúde;
- Manutenção e desenvolvimento do *microsite* da gripe;
- Criação de campanhas de informação e sensibilização da população para medidas a tomar e procedimentos a adoptar, com recurso aos *mass media*;
- Estabelecimento de parcerias;
- Produção, disponibilização e divulgação de materiais de informação: documentos técnicos e outros, cartazes, folhetos e *spots* publicitários;
- Revisão, adaptação, tradução e divulgação de documentos técnicos e outros;
- Garantia da ligação directa e rápida com vários interlocutores e públicos-alvo sempre que necessário: governo, entidades e organizações nacionais, parceiros sociais, órgãos de comunicação social, profissionais de saúde, público em geral e organizações internacionais (ECDC, OMS);
- Garantia da presença portuguesa em audioconferências promovidas pelo ECDC, OMS, Health Security Committee, HSC Network e outros departamentos e instituições da União Europeia;
- Envio regular de dados e informação, para o ECDC e OMS, sobre a situação em Portugal.

A comunicação da informação foi direccionada para públicos-alvo, através de diversas vias, das quais a principal foi o *microsite* da gripe.

Foi reconhecido que o *microsite* da gripe, disponível em *www.dgs.pt*, teria um papel central no Plano de Comunicação, facilitando a divulgação de:

- informação técnico-normativa
- documentos variados
 - cartazes
 - folhetos
 - publicações especializadas
 - mapas
 - *links* úteis
- encaminhamento para a Linha Saúde 24.

Assim, todos os documentos referentes à gripe A, bem como as respectivas actualizações, enviados pelos técnicos das várias áreas do Grupo Operativo Nacional para a Gripe, foram disponibilizados neste *microsite*.

Concebido no início de 2006, o *microsite* abrangia essencialmente conteúdos relacionados com a gripe sazonal; posteriormente, incluiu também um conjunto de documentação associada ao aparecimento da gripe das aves provocada pelo subtipo A(H5N1). O *microsite* da gripe, fruto de previsão antecipada, foi 'reactivado' para a nova realidade pandémica a 25 de Abril de 2009 e posteriormente reformulado no mês de Maio, sendo os seus conteúdos adequados a essa nova certeza (Figura 43).



Figura 43 - Microsite da Gripe em Julho de 2009.

Permanentemente actualizado, em função do cenário internacional e da grande quantidade de informação emanada pela cadeia de comando do Plano de Contingência e pela comunicação social, este dispositivo dava relevância a vários aspectos, dos quais se destacavam:

Informação para o público
Informação para profissionais
Orientações técnicas
Circulares e Despachos
Relatórios
Incidência da gripe
Ocorrências para validação
Tabela com casos confirmados
Fases pandémicas
Links
Contactos

Tabela 8 - Estrutura do microsite da gripe, em Julho de 2009.

Em sincronização com o Portal da Saúde (www.portaldasaude.pt) da responsabilidade do Ministério da Saúde, o *microsite* da gripe, constituiu-se como cerne de toda a estratégia de comunicação e retratou a evolução da situação pandémica portuguesa e mundial, emitindo informação específica para o público em geral, públicos-alvo específicos e comunicação social.

Integrado no portal da DGS, aliou várias das suas funcionalidades:

- O envio de *newsletter* como meio privilegiado de difusão de novas Circulares Normativas ou Informativas, ou ainda de actualizações das Orientações Técnicas;
- O acesso à área reservada do site da DGS, através de credenciais de acesso privadas, facultou informação especialmente dirigida às Autoridades de Saúde, mas também extensiva aos elementos da Equipa de Acompanhamento da Gripe do Ministério da Saúde;
- A criação de área específica sobre “Informação em outras línguas” no site principal da DGS (chinês, francês, inglês, romeno e russo), destacando-se a publicação de múltiplos cartazes e folhetos nesses idiomas, assim como a divulgação da Linha de Saúde 24⁴².

Saliente-se o elevado número de acessos mensais ao *site* da DGS, que revelou um significativo aumento a partir do mês de Abril de 2009, acréscimo que acompanhou a evolução da onda pandémica, tal como se pode verificar na **Figura 44**:



Figura 44 - Acessos ao site da DGS em 2008 e 2009 (Fonte: DGS).

⁴² Um folheto informativo foi, igualmente, editado em Braille.

Durante a etapa de mitigação, manteve-se o *microsite* da gripe como “placa giratória” do Plano de Comunicação, face ao reconhecido sucesso desta estratégia de disponibilização de material de informação, observado na etapa anterior.

Em Outubro de 2009, o *microsite* sofreu nova reformulação (Figura 45), dado se reconhecer que a área de “Destaques” continha demasiada informação, dispersa em termos de conteúdos, dificultando a identificação dos mesmos. Visava-se então:

- facilitar a consulta de conteúdos;
- dar maior visibilidade à estratégia da vacinação;
- renovar o grafismo.

GRIPE

Informação sobre gripe A(H1N1), sazonal, aviária e ameaça de pandemia

Destaques



Saiba quais os destaques e as últimas actualizações sobre a gripe A(H1N1)2009...

A gripe na WEB



Siga a evolução da pandemia através dos websites de alguns organismos internacionais...

Recomendações



Recomendações para grávidas, instituições de idosos, escolas e empresas...

Vacinação



Ponto de situação e esclarecimentos sobre a campanha de vacinação...

Figura 45 - Microsite da gripe em Outubro de 2009.

O ‘novo’ *microsite*, deu especial destaque às áreas identificadas na Tabela 9:

Informação para o público
Informações e recomendações
Escolas
Viajantes e peregrinos
Idosos
Empresas e outras instituições
Doentes com HIV/SIDA, insuficientes renais, grávidas e puérperas a amamentar, obesidade, diabetes mellitus e situações relacionadas com Medicina Dentária e Saúde Oral
Folhetos, cartazes e multimédia
Comunicados
Informação para profissionais
Orientações Técnicas
Circulares e Despachos
Outros documentos
Informação para crianças
Informação para invisuais
Relatórios semanais
Tabela de óbitos
Glossário prático
Fases pandémicas
Documentos e publicações
Contactos

Tabela 9 - Estrutura do microsite da gripe em Outubro de 2009.

Refira-se, em particular, o item “Informação para crianças”, que se traduziu na reabilitação do *microsite* “Atchim”, destinado a crianças e jovens.

Nesta data, passou também a disponibilizar-se a “Tabela de óbitos” ocorridos em Portugal, além da informação para invisuais (da autoria do Ministério da Educação) e de um glossário prático sobre a Gripe A(H1N1).

Nos “Destaques” salientou-se toda a documentação referente à vacinação contra a gripe pandémica e sazonal, informação para profissionais de saúde, em regime público e privado, e informação e legislação de índole diversa.

O desenvolvimento tecnológico de que o *microsite* foi objecto permitiu assegurar a sua permanente operacionalidade, apesar do número crescente de acessos, de forma a mantê-lo como efectiva “placa giratória” no Plano de Comunicação.

Embora a estratégia de comunicação não se tenha alterado substancialmente no início da etapa de mitigação, foi necessário adequar algumas mensagens e procedimentos aos objectivos estratégicos das acções a desenvolver nesta etapa.

O objectivo estratégico das acções agora desenvolvidas deixou de ser a contenção da pandemia para passar a ser o de minimizar a eventual disrupção social e económica. Assim, o foco das medidas tomadas centrou-se no tratamento dos doentes com gripe e na prevenção de novos casos de doença, através da administração, a partir de 26 de Outubro, da vacina pandémica. O aumento do número de doentes internados e de óbitos por gripe A nesta etapa condicionou o tipo de mensagem a divulgar aos cidadãos; por outro lado, a fraca adesão à vacinação criou a necessidade de reforçar as mensagens sobre as vantagens de se ser vacinado. O *banner* da vacinação do Ministério da Saúde surge neste contexto, pelo que foi incluído no *microsite* da gripe.

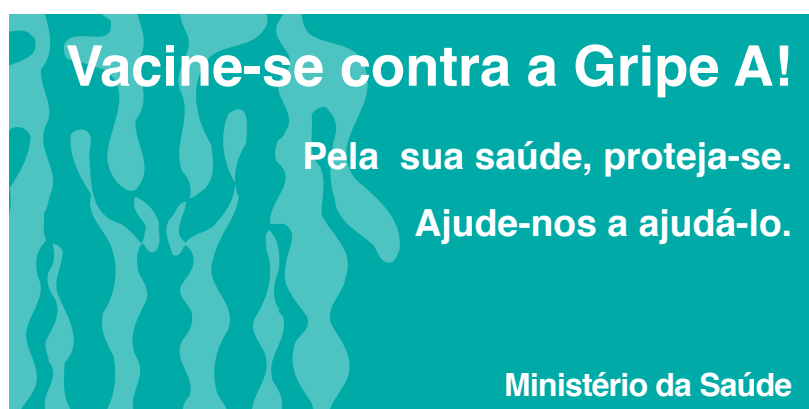


Figura 46 - Banner da vacinação.

AVALIAÇÃO

A Avaliação do Plano de Contingência Nacional constitui uma das etapas fundamentais no contexto de uma pandemia de gripe e deve ser vista como um processo de aperfeiçoamento da capacidade para lidar com uma emergência de saúde pública, desde a sua preparação, passando por todas as componentes da execução e indo até à conclusão da crise, pois proporciona uma atitude e uma dinâmica de aprendizagem e de melhoria contínuas.

A nível nacional, foi muito importante a existência de um plano de contingência prévio, elaborado em 2005 quando se temeu uma pandemia pelo vírus de origem aviária A(H5N1). Este plano foi activado aquando da declaração, pela OMS, da fase IV da pandemia por vírus A(H1N1)2009, sendo revisto e adaptado ao longo do processo pandémico e de acordo com a evolução epidemiológica. Não menos importante, foram as medidas previstas no Plano de Contingência concretizadas antes do início da pandemia:

- a reserva estratégica de medicamentos para a gripe (REM-G);
- as acções de formação e exercícios a nível regional, local e transfronteiriço;
- as campanhas para a vacinação contra a gripe sazonal;
- a definição de 4 hospitais de referência devidamente equipados e com profissionais previamente formados;
- a identificação de pontos críticos, nomeadamente, o levantamento da capacidade instalada e real em todos os hospitais, com destaque para as unidades de cuidados intensivos;
- o envolvimento de stakeholders da saúde e da protecção civil e a definição de outros com importância no processo de gestão da pandemia.

Em relação à pandemia pelo vírus A(H1N1)2009, o suporte político e o forte compromisso com as medidas preconizadas pela DGS foram essenciais na operacionalização do plano de contingência. Esta linha de comando e controlo bem definida “com as pessoas certas, no local certo e no tempo certo” foi o motor centralizador do processo de gestão da pandemia. Houve uma excelente resposta das estruturas de saúde, tanto a nível nacional como regional e local, sendo de destacar a agilidade e flexibilidade demonstradas na adequação das medidas à evolução epidemiológica.

Assim, destacam-se como aspectos positivos:

- As medidas previstas no Plano de Contingência (activado a 24 de Abril de 2009) alcançaram os efeitos esperados para a fase de contenção, permitindo aos serviços de saúde e à comunidade em geral uma melhor preparação enquanto se aguardava a disponibilização de uma vacina. Um dos factores de sucesso foi o forte investimento na comunicação e na a formação dos profissionais a nível regional e local, assim como toda a actuação da estrutura da Saúde Pública que se revelou particularmente importante na fase de contenção.
- As actividades de contenção desenvolvidas poderão ser um dos factores responsáveis pelo atraso da epidemia em Portugal. A identificação exaustiva dos casos e seus contactos e respectiva quimioprofilaxia permitiu evitar o estabelecimento de cadeias de transmissão sustentadas na comunidade. Estas actividades foram, contudo, grandes consumidoras de recursos humanos.
- A disponibilização de informação, desde o início da pandemia, no microsite da Gripe em www.dgs.pt
 - i. Informação aos profissionais constantemente actualizada
 - orientações técnicas
 - tabelas com nº de casos confirmados em todo o mundo
 - Circulares e despachos
 - Comunicados oficiais
 - Ligações directas para sítios da internet: OMS, ECDC, CDC
 - ii. Informação às empresas e escolas
 - iii. Informação e recomendações ao público
- As campanhas de sensibilização, nomeadamente sobre higiene das mãos e etiqueta respiratória foram bem aceites pelos cidadãos.

- A capacidade de resposta:
 - Os serviços de emergência (INEM) e urgências dos hospitais de referência revelaram-se adequados à resposta inicial à situação pandémica;
 - As linhas de aconselhamento “médico a médico” e “Saúde 24” (público em geral);
 - Os hospitais de referência, na fase de contenção, demonstraram estar bem preparados e tiveram um papel fundamental na formação de profissionais de outras unidades de saúde que foram sucessivamente chamadas a dar resposta à pandemia;
 - A partilha de informação permitiu coerência nas medidas adoptadas, nomeadamente na orientação e referenciação dos doentes.
- A operacionalização da campanha de vacinação a nível nacional, mantendo-se as coberturas esperadas para o PNV em 2009, e a capacidade de flexibilização e adaptação da campanha ao longo da evolução da pandemia perante uma situação não esperada de fornecimento faseado.
- O aprovisionamento centralizado das vacinas que permitiu uma melhor gestão da sua distribuição em base populacional.
- A existência da REM-G, nomeadamente, oseltamivir em comprimidos e a granel, assim como a capacidade demonstrada para a sua distribuição, e ainda a constituição, no decurso da pandemia, de uma reserva estratégica nacional de zanamivir para administração endovenosa a doentes seleccionados.
- A existência de uma forte colaboração e planeamento conjunto entre o sector da educação e da saúde foi crucial na gestão de risco e implementação das medidas adequadas.
- A partilha de informação e experiências entre as instituições europeias (Comissão Europeia, ECDC, e OMS-Europa) e redes Europeias de alerta e resposta, através do EWRS (Early Warning and Response System) com participação da DGS em audioconferências regulares, reuniões, etc.
- A emissão de orientações referentes à vacinação pós-pico uma vez que o vírus permanece em circulação (recomendações para as vacinas trivalente e monovalente para a época gripal 2010/2011).

Há, no entanto, alguns aspectos a melhorar nomeadamente:

- Ultrapassar a dificuldade em lidar com a incerteza e conseguir comunicar o racional da incerteza” a pares e sobretudo aos cidadãos.
- Manter o investimento na preparação inter-pandémica (aplicável também a outras crises de Saúde Pública) melhora a experiência dos profissionais e promove a “multisectorialidade” e a participação dos cidadãos no processo de planeamento e na gestão do risco.

- Flexibilizar Plano de Contingência permite a sua actualização em função da epidemiologia, dos meios disponíveis e dos novos conhecimentos. (os cenários deverão ser facilmente adaptáveis ao grau de gravidade clínica).
- Avaliar a gravidade clínica, dos grupos mais vulneráveis, do possível impacto no sistema de saúde e na sociedade, através da caracterização dos primeiros casos (“100 primeiros casos”). Esta avaliação inicial deverá basear-se na partilha de informação a nível internacional e num sistema de vigilância robusto a nível nacional.
- Melhorar a capacidade de vigilância epidemiológica e de investigação, devendo, em situação de crise, ser utilizados sistemas já testados e em curso.
- Afinar os mecanismos de registo de vacinação para permitir avaliar correctamente as coberturas vacinais de modo a estimar o estado imunitário da população e fornecer denominadores para a farmacovigilância.
- Reforçar a vigilância da gripe sazonal e canalizar os esforços para a obtenção de uma elevada cobertura vacinal nos grupos de risco de complicações, nos profissionais de saúde e cuidadores de pessoas de risco.

A nível internacional, considera-se oportuno promover:

- A revisão da classificação das fases da pandemia que atenda não apenas à disseminação geográfica, mas, também, a critérios de gravidade clínica.
- A coordenação europeia do aprovisionamento de vacinas de modo a garantir as mesmas oportunidades de negociação e aquisição a todos os países da EU.
- A coerência entre os planos dos diversos países europeus com estabelecimento de mecanismos de cooperação /coordenação na preparação e na resposta.
- O planeamento conjunto dos aspectos intersectoriais, de modo a garantir a “continuidade de negócios” em áreas fundamentais, atendendo a que Portugal é um país periférico.
- Melhorar a definição de todos os aspectos transfronteiriços

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1.** A gripe provocada pela estirpe pandémica A(H1N1)2009 assumiu, em Portugal, expressão epidémica no Verão de 2009.
- 2.** O pico da epidemia, a nível nacional, ocorreu mais tarde, nas semanas 47 e 48 (entre 16 e 29 de Novembro), tendo diminuído posteriormente até à 3ª semana de 2010 (até 24 de Janeiro). Estima-se que a taxa de ataque tenha sido superior a 10%.
- 3.** No total foi notificada a hospitalização de 1436 doentes, dos quais 193 admitidos em cuidados intensivos (demora média de internamento de 17 dias). Registaram-se, cumulativamente, 124 óbitos.
- 4.** É possível admitir que 20% da população estará protegida, quer pela doença, quer devido a infecções inaparentes, quer, ainda, pela vacinação.
- 5.** Em Portugal o impacto a nível social e económico não representou um problema. Não se verificaram repercussões significativas no absentismo nem alterações da vida social, que possam ser directamente atribuídas à pandemia. O maior impacto centrou-se no sector da saúde, na prestação de cuidados à população, quer no sector público, quer privado.
- 6.** As medidas de resposta preconizadas no Plano Português foram, de um modo geral, adequadas e aplicadas de acordo com os níveis de alerta e de evolução da pandemia.
- 7.** A reorganização flexível dos serviços de saúde, a disponibilidade de medicamentos antivirais, a implementação de sistemas de vigilância e as decisões de campanhas de vacinação de acordo com critérios centrados em grupos prioritários foram oportunamente tomadas.
- 8.** Salienta-se a adesão social às mensagens e medidas preconizadas, tendo os cidadãos assumido papel activo relevante na perspectiva preventiva.
- 9.** O investimento feito a nível das escolas, numa parceria modelar com o Ministério da Educação e com a participação de alunos e educadores, foi exemplar no que respeita à adopção de medidas de higiene respiratória que certamente permanecerão para além da pandemia. Também o controlo de surtos nas escolas, orientado pelas Autoridades de Saúde, contribuiu, certamente, para reduzir o impacte comunitário da pandemia.

10. Durante a pandemia verificou-se um desvio etário para a esquerda, quando comparado com o padrão da gripe sazonal, uma vez que os dados demonstram que a gripe pandémica teve uma maior incidência nos menores de 30 e, particularmente, nos menores de 10 anos.

11. Registou-se inusitada amplificação de mensagens geradas por movimentos contra a vacinação, sem qualquer fundamentação científica, mas que perturbaram a condução dos trabalhos de imunização.

12. As declarações críticas em relação à OMS inicialmente formuladas por um deputado alemão à Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa foram geradoras de confusão social, até porque muitos acreditaram, erradamente, ser oriundas de um órgão da União Europeia devida à semelhança das designações e ao facto do Conselho da Europa ser um organismo com pouca visibilidade.

13. A comunicação destinada a uma correcta percepção de risco e à aceitação social das medidas que visam gerir adequadamente esse risco impõe reflexão profunda e consequente desenvolvimento de um plano estratégico que por sua vez exige reforço de meios.

14. A vacinação contra a gripe pandémica deverá prosseguir, visto que, segundo a OMS, admite-se que a estirpe A(H1N1)2009 irá ser predominante na próxima época sazonal e co-circular com o subtipo A(H3N2) e com vírus tipo B no hemisfério Norte em 2010-2011⁴³.

15. A actualidade da pandemia pelo vírus A(H1N1)2009 como doença que mobilizou o mundo mantém-se. No que se refere à avaliação dos mecanismos de alerta e resposta, a pandemia foi um exercício à escala global que permite diagnosticar insuficiências e introduzir melhorias.

16. O período pós-pandémico representa, assim, uma responsabilidade acrescida para toda a sociedade e principalmente para os profissionais de saúde, exigindo a capacidade de integração de todas as lições aprendidas, de modo a ser possível responder o melhor possível às futuras crises/emergências de saúde pública.

⁴³ Recomendações da OMS para a composição da vacina a ser utilizada na época gripal 2010-2011 no hemisfério Norte (18 de Fevereiro de 2010), documento disponível em www.who.int

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número dos óbitos por gripe A(H1N1)2009 e respectivas taxas de mortalidade específica por região de saúde e região autónoma de residência, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal. (Fonte: DGS, RA Madeira e RA Açores)	41
Tabela 2 - Número, proporção, idade média, mediana e taxa de mortalidade dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo o sexo, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira)	43
Tabela 3 - Número, proporção e taxa de mortalidade dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo o grupo etário, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).	44
Tabela 4 - Número e proporção dos óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo a existência de factores de risco e por factor de risco, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).	45
Tabela 5 - Alterações ao questionário de atendimento.....	47
Tabela 6 - Valores estimados de internamentos em enfermaria e UCI por gripe A(H1N1) 2009 para Portugal (população residente: 10.627.250 habitantes), tendo em atenção vários cenários possíveis	66
Tabela 7 - Estrutura do microsite da gripe, em Julho de 2009.	117
Tabela 8 - Estrutura do microsite da gripe em Outubro de 2009.....	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -	Incidência semanal de casos de gripe A(H1N1)2009 (Fonte: DGS).....	25
Figura 2 -	Incidência acumulada de casos de gripe A(H1N1)2009 (Fonte: DGS).....	26
Figura 3 -	Incidência acumulada de casos de gripe A(H1N1)2009 (Fonte: DGS).....	27
Figura 4 -	Distribuição etária dos casos de gripe A(H1N1)2009 em função da sua origem (Fonte: DGS).	28
Figura 5 -	Incidência semanal de casos de síndrome gripal em Portugal (Fonte: DGS, SIARS, SiGripe, RA Madeira e RA Açores).....	29
Figura 6 -	Incidência semanal de casos de síndrome gripal em Portugal (Fonte: INSA/MÉDICOS-SENTINELA).	30
Figura 7 -	Comparação entre a curva de incidência semanal de síndrome gripal notificados e uma hipotética curva correspondente a uma taxa de ataque entre 10% e 15%.	31
Figura 8 -	Distribuição percentual dos casos de gripe por Região de Saúde e por Região Autónoma	32
Figura 9 -	Evolução da actividade gripal por conselho, entre a semana 44 de 2009 e a semana 2 de 2010 (Fonte: DGS, SIARS).....	33
Figura 10 -	Distribuição percentual dos casos de gripe A(H1N1)2009 (etapa de contenção) e dos casos de síndrome gripal (etapa de mitigação) por grupos etários (Fonte: DGS).....	35
Figura 11 -	Taxa de ataque de gripe A(H1N1) por grupo etário na etapa de contenção (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).	36
Figura 12 -	Taxa de ataque de síndrome gripal por grupo etário na etapa de mitigação (Fonte: DGS, SIARS).....	36
Figura 13 -	Taxa de incidência por síndrome gripal por grupo etário no período da actividade epidémica de 2008/2009 e no período epidémico de gripe A(H1N1)2009 (Fonte: INSA, Médicos-Sentinela	37
Figura 14 -	Frequência de sinais e sintomas por grupo etário – etapa de contenção (Fonte: DGS, RA Madeira e RA Açores).	38
Figura 15 -	Número de casos de síndrome gripal e de internamentos, entre as semanas 35 de 2009 e 6 de 2010 (Fonte: DGS, SIARS, RA Açores e RA Madeira).....	39
Figura 16 -	Proporção de internamentos por gripe por grupos etários, entre as semanas 35 de 2009 e 6 de 2010 (Fonte: DGS, ARS, RA Açores e RA Madeira).	40
Figura 17 -	Proporção de internamentos por gripe por meses (Fonte: DGS, ARS, RA Açores e RA Madeira).....	40

Figura 18 - Número de casos de síndrome gripal e de óbitos por gripe A(H1N1)2009 por semana, de 24 de Abril de 2009 a 28 de Fevereiro de 2010, em Portugal (Fonte: DGS, SIARS, SIGRIPE, RA Açores e RA Madeira).....	42
Figura 19 - Número de óbitos absoluto e acumulado por gripe A(H1N1)2009 por semana de notificação, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, em Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).....	43
Figura 20 - Número de óbitos por gripe A(H1N1) 2009 segundo a existência de factores de risco e por factor de risco, de 24 de Abril de 2009 a 3 de Março de 2010, Portugal (Fonte: DGS, RA Açores e RA Madeira).....	46
Figura 21 - Diferença entre os valores observados e esperados do n.º de episódios semanais de urgências, por grupos etários (Fonte: DGS).	48
Figura 22 - Número de casos semanais enviados ao laboratórios, total e percentagem de casos positivos (VPP) para A(H1N1)2009 (Fonte: INSA)	50
Figura 23 - Número de casos por grupos etários enviados ao laboratórios, total e percentagem de casos positivos (VPP) para A(H1N1)2009 (Fonte: INSA)	51
Figura 24 - Número de casos por motivo de análise enviados ao laboratórios, total e percentagem de casos positivos (VPP) para A(H1N1)2009 (Fonte: INSA)	52
Figura 25 - Esquema de atendimento automático da Linha Saúde 24.	65
Figura 26 - Ecran do SIGripe	67
Figura 27 - Impresso para validação de caso para investigação.....	68
Figura 28 - Procura diária global da Linha Saúde 24 (Fonte: CAS, SIGripe e LSP)	69
Figura 29 - Total de chamadas de teor clínico (Fonte: CAS, SIGripe e LSP)	70
Figura 30 - Distribuição diária das chamadas atendidas por síndrome gripal (Fonte: CAS, SIGripe e LSP)	71
Figura 31 - Distribuição das chamadas por grupos etários e sexo (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).....	72
Figura 32 - % Distribuição das chamadas atendidas e da população residente por distrito e Regiões Autónomas (Fonte: CAS, SIGripe e LSP; INE, 2009).	73
Figura 33 - Chamadas atendidas segundo o distrito e Regiões Autónomas, por 100.000 habitantes.....	74

Figura 34 - Frequência de sintomas por grupo etário (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).	75
Figura 35 - Distribuição do aconselhamento/encaminhamento das chamadas (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).	76
Figura 36 - Distribuição do aconselhamento/encaminhamento das chamadas nas crianças até 10 anos (Fonte: CAS, SIGripe e LSP).	77
Figura 37 - SAG de Almada – Casos de gripe e de atendimentos por suspeita de gripe (Fonte: SIGRIPE).	80
Figura 38 - Casos notificados de síndrome gripal, em cuidados de saúde primários e em urgências hospitalares num período de 30 dias (Fonte: SIARS).	81
Figura 39 - Evolução da procura diária de urgência em centros de saúde e hospitais, 0-14 anos, ambos os sexos, em Portugal Continental.	82
Figura 40 - Dois exemplos de cartazes produzidos durante a campanha.	105
Figura 41 - Outdoor utilizado.	106
Figura 42 - Reprodução das capas dos livros “O Nuno Escapa à Gripe A” e “Lavo as minhas mãos”.	112
Figura 43 - Microsite da gripe em Julho de 2009.	117
Figura 44 - Acessos ao site da DGS em 2008 e 2009 (Fonte: DGS).	118
Figura 45 - Microsite da gripe em Outubro de 2009.	119
Figura 46 - Banner da vacinação.	121

REFERÊNCIAS

1. Pandemic Influenza Preparedness and Response. A WHO Guidance Document. WHO, 2009. ISBN 978 92 4 154768 0.
2. Portugal, Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe. DGS, 2ª Edição, 2008.
3. Portugal, Lei nº 81/2009, de 21 de Agosto, publicada no Diário da República, 1ª Série, nº 162.
4. George, F.; Leça, A; Carreira, M; Catarino, C. Gripe A (H1N1)2009: a transição da etapa de contenção para a de mitigação em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2009:61-68.
5. Sakellarides, Constantino. Nós e a Gripe, 1ªed. Lisboa: Gradiva, 2009.
6. Sobral, J. M.; Lima, M. L.; Castro, P., et al. A Pandemia Esquecida – Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919, Lisboa: ICS, 2009.
7. Portugal, Circular Normativa DGS nº 17/DSPCD, de 14/10/2009.
8. White W, Angus D. Preparing for the sickest patients with 2009 influenza A(H1N1). JAMA 2009;302:1905-6.
9. ECDC Risk Assessment. 2009 influenza A(H1N1) pandemic. Version 7 – 17 December 2009 (http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908_Influenza_AH1N1_Risk_Assessment.pdf)
10. ECDC. Announced number of new and cumulative confirmed fatal 2009 pandemic influenza A(H1N1) cases in EU and EFTA countries, as of Week 08 – 2010. (http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/Reported_number_of_new_and_cumulative_confirmed_fatal_cases.aspx)
11. Nogueira P. J.; Nunes B.; Machado, A. et al. Early estimates of the excess mortality associated with the 2008-9 influenza season in Portugal. Eurosurveillance 2009, Volume 14, Issue 18, 07 May.

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde