



Boletim Epidemiológico IIER

Volume IX - 15 de Julho de 2022

Serviço de Epidemiologia

A equipe de vigilância epidemiológica hospitalar do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) desempenha a busca ativa de casos e a investigação epidemiológica de pacientes com suspeita de doenças de notificação compulsória, identificando alterações no perfil epidemiológico das doenças e contribuindo para ações de prevenção e controle de agravos à saúde. O Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) do IIER também é parte do Serviço de Epidemiologia, atuando na imunização de populações com necessidades específicas de vacinação, além da prevenção da raiva, medicina do viajante e eventos adversos. O Serviço de Epidemiologia realiza o planejamento de estudos epidemiológicos, subsidiando a pesquisa e o ensino aos demais setores do IIER, e participando da formação de profissionais da saúde, residentes médicos, especializando e outros estudantes nas áreas de infectologia e saúde pública.

Serviço de Epidemiologia do IIER

Horário de funcionamento: segunda a sexta (7h-19h); sábado, domingo e feriado (plantão 12h)

Localização: IIER - Segundo andar do prédio hospitalar.

Fones: (11) 3064-1929 /3896-1221

Equipe Técnica do Núcleo de Vigilância Hospitalar:

- ◆ Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso (médica)
- ◆ Ana Freitas Ribeiro (diretora)
- ◆ Andrea Mathias Losacco (enfermeira)
- ◆ Aparecida Mei Migrone Klimas (enfermeira)
- ◆ Francisco Vanin Pascalicchio (médico)
- ◆ Jamal M. A. H. Suleiman (médico)
- ◆ Marcia Aparecida dos Santos Gouveia (enfermeira)
- ◆ Marileide Januária de Vasconcelos (médica)
- ◆ Ricardo Manfredo (enfermeiro)
- ◆ Roberta Figueiredo Cavalin (enfermeira)

Equipe Administrativa:

- ◆ Milton Tadeu da Silva
- ◆ Sérgio Alexandre Assunção
- ◆ Vlaudeflide dos Santos

Equipe Editorial:

- ◆ Roberta Figueiredo Cavalin
- ◆ Ana Freitas Ribeiro
- ◆ Erika Fernanda Souto
- ◆ Giulia Soler Bianchi
- ◆ Lucas Campos de Lima
- ◆ Equipe CRIE-IIER
- ◆ Equipe SAME-IIER

Surto de Monkeypox - MPX

Em 1958 foi identificado o vírus Monkeypox (MPXV) em macacos e em 1970 houve registro de casos em humanos. O vírus pertence ao gênero *orthopoxvirus* e à família *Poxviridae*, gênero semelhante à varíola, doença erradicada no mundo em 1980, após esforço global de vacinação e de ações de vigilância epidemiológica. Dois grupos filogeneticamente distintos de MPXV foram identificados após sequenciamento genômico: o grupo da África Central (Bacia do Congo) e o grupo da África Ocidental. O período de incubação para MPXV é geralmente de 6 a 13 dias, mas pode variar de 5 a 21 dias. A MPX em humanos geralmente começa com os seguintes sintomas: febre, cefaléia, calafrios, fadiga, astenia, linfonodomegalia e mialgia. Após três dias, aparece a erupção maculopapular centrífuga que progride, geralmente no período de 12 dias, do estágio de mácula para pápula, vesícula, pústula e crosta. O MPXV é transmitido aos humanos pelo contato com um animal ou humano infectado, ou contato com material contaminado com o vírus. A transmissão de pessoa a pessoa ocorre a partir de gotículas respiratórias durante contato pessoal próximo e prolongado ou por contato direto com as lesões de uma pessoa infectada ou roupa contaminada.

Embora a maioria dos casos de MPX documentados tenha ocorrido na República Democrática do Congo– RDC, o número de casos em outros países da África Ocidental e Central tem aumentado. Desde maio de 2022, casos humanos de MPX foram registrados em vários países. Segundo dados da OMS, de 1º de janeiro a 22 de junho de 2022, foram confirmados laboratorialmente 3.413 casos de MPX e um óbito (Nigéria) em 50 países/territórios. A maioria dos casos confirmados laboratorialmente foram notificados na Europa (86%). Outras regiões que registraram casos confirmados incluem: África (2%), Américas (11%), Mediterrâneo Oriental (<1%) e Região do Pacífico Ocidental (<1%). No Brasil, foram confirmados 310 casos Monkeypox, sendo 217 no Estado de São Paulo (70%), 45 Rio de Janeiro (14,2%), 22 Minas Gerais (7,1%) e 26 outros estados (8,4%). O objetivo da resposta global é controlar o surto de MPX utilizando medidas efetivas de vigilância epidemiológica e controle para impedir a propagação da doença. O uso criterioso de vacinas pode apoiar essa resposta, mas as vacinas ainda não estão disponíveis no Brasil.

Fonte: World Health Organization/ Ministério da Saúde/SVS/European Centre for Disease Prevention and Control

Notificações de Monkeypox

O primeiro caso confirmado de varíola causada pelo vírus Monkeypox no Brasil foi atendido e notificado pelo IIER. O paciente foi admitido em 06/06/2022, com relato de viagem recente à Portugal e Espanha, e foi hospitalizado para diagnóstico e tratamento (manejo da dor e tratamento de infecções secundárias), recebendo alta em 20/06/2022, com melhora importante das lesões. O Serviço de Epidemiologia tem trabalhado ativamente junto às equipes assistenciais para a notificação oportuna dos casos (em até 24 horas), e a distribuição temporal segundo semana epidemiológica de atendimento pode ser observada na Figura 1:

Figura 1. Série temporal dos casos suspeitos de Monkeypox notificados segundo semana epidemiológica (SE) de notificação e resultado laboratorial. IIER, jun-jul-2022.

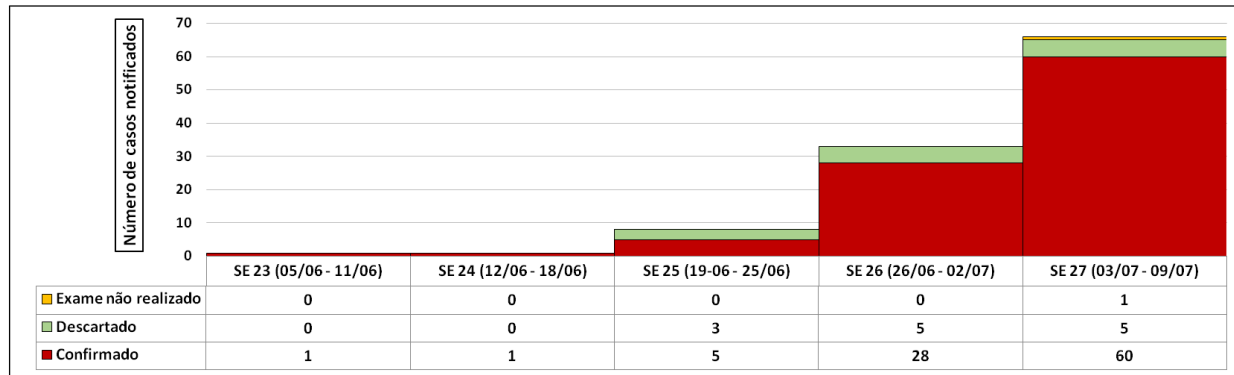


Tabela 1. Perfil dos casos de Monkeypox confirmados laboratorialmente. IIER, jun-jul-2022.

| Características sociodemográficas | | |
|---|----|-------|
| Sexo | n | % |
| Masculino | 95 | 100,0 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 53 | 55,8 |
| Preta | 9 | 9,5 |
| Parda | 12 | 12,6 |
| Amarela | 2 | 2,1 |
| Ignorado | 19 | 20,0 |
| Município de residência | | |
| São Paulo - SP | 89 | 93,7 |
| Itapevi - SP | 2 | 2,1 |
| Curitiba - PR | 1 | 1,1 |
| Osasco - SP | 1 | 1,1 |
| São Bernardo do Campo - SP | 1 | 1,1 |
| Urutai - GO | 1 | 1,1 |
| Características clínico-epidemiológicas | | |
| Histórico de viagem recente | n | % |
| Nenhuma viagem recente | 70 | 73,7 |
| Europa | 12 | 12,6 |
| Brasil - outros estados/municípios | 3 | 3,2 |
| América do Sul | 1 | 1,1 |
| Sem informação de viagem | 9 | 9,5 |
| Contato com caso | | |
| Contato com caso suspeito/provável | 7 | 7,4 |
| Contato com caso confirmado | 23 | 24,2 |
| Comportamento sexual | | |
| Relações sexuais com homens | 66 | 69,5 |
| Relações sexuais com homens e mulheres | 1 | 1,1 |
| Ignorado | 28 | 29,5 |
| Múltiplas exposições | | |
| Sim | 42 | 44,2 |
| Não | 4 | 4,2 |
| Ignorado | 49 | 51,6 |

Até a semana epidemiológica 27 (03/07—09/07) foram notificados 109 casos suspeitos, com a confirmação laboratorial de um total de 95 casos (87,2%). Em relação aos casos confirmados laboratorialmente (n=95), observam-se algumas características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas importantes, que podem ser observadas na Tabela 1 e nas Figuras 2, 3 e 4:

Figura 2. Faixa etária dos casos de Monkeypox confirmados laboratorialmente. IIER, jun-jul de 2022.

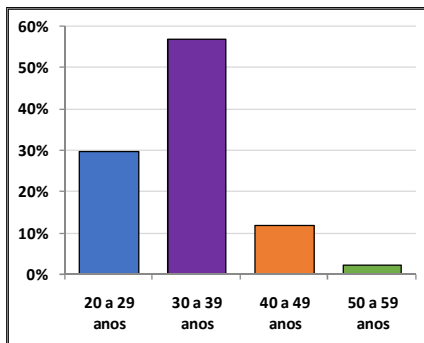


Figura 3. Sintomas prevalentes nos casos de Monkeypox confirmados laboratorialmente. IIER, jun-jul de 2022.

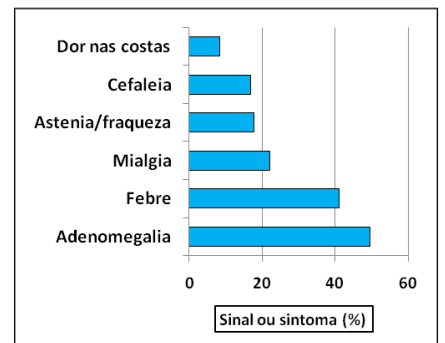
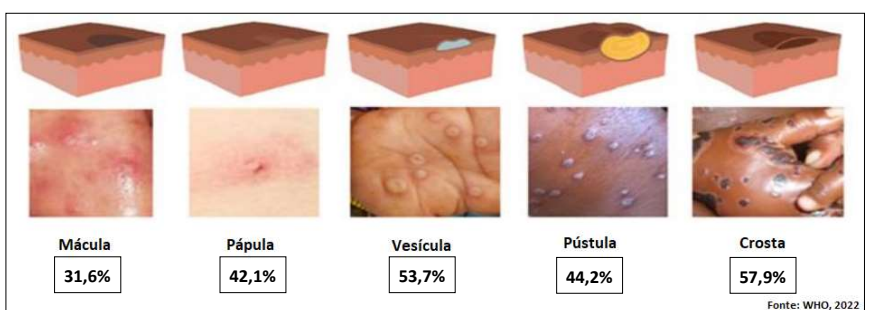


Figura 4. Lesões cutâneas dos casos de Monkeypox confirmados laboratorialmente segundo estágio na admissão. IIER, jun-jul de 2022.



É possível observar que a maioria dos pacientes com Monkeypox confirmada laboratorialmente e admitida no IIER entre as semanas epidemiológicas 23 e 27 é constituída por homens (100%), com idade média de 33,3 anos de idade, residente no município de São Paulo (93,7%), sem história de viagem recente (73,7%), com relações sexuais com homens (69,5%) e com quadro clínico variável, com prevalência de casos com adenomegalia (49,5%) e lesões crostosas (57,9%) e vesiculares (53,7%). Ressalta-se a importância da investigação completa das informações durante a abordagem do paciente, em especial sobre as características clínico-epidemiológicas dos casos, a fim de descrever a dinâmica do atual surto e qualificar as ações de vigilância e controle.

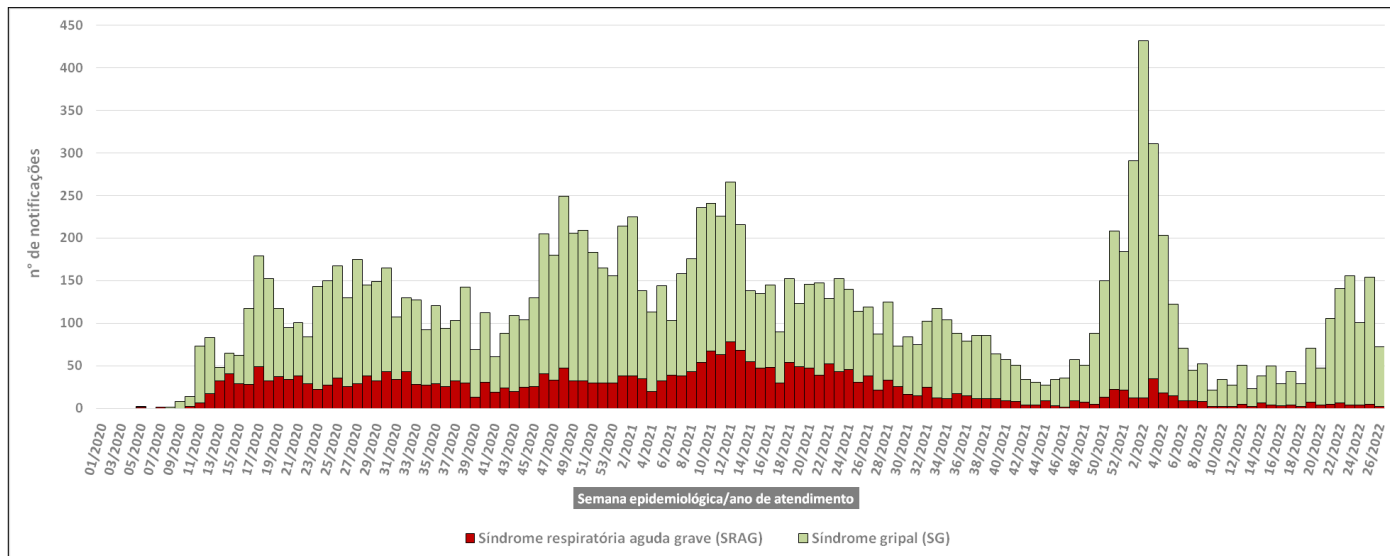
Fonte: Sistema CeVeSP. Dados atualizados em 11/07/2022.

Notificações de casos suspeitos de COVID-19

Desde o começo da pandemia de COVID-19, o Serviço de Epidemiologia do IIER atua ativamente na notificação e investigação epidemiológica dos casos suspeitos em até 24 horas do primeiro atendimento no IIER, encaminhando diariamente as notificações à vigilância epidemiológica municipal e registrando as informações nos sistemas de informação oficiais: e-SUS VE e SIVEP-Gripe. Durante o período de janeiro de 2020 a junho de 2022, as fichas de investigação epidemiológica de síndrome gripal (SG) e também de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) foram atualizadas diversas vezes pelo Ministério da Saúde a fim de incorporar aspectos importantes da doença provenientes do avanço do conhecimento científico. Dentre as mudanças, podemos destacar a incorporação de campos relacionados ao diagnóstico (por exemplo, aspecto da tomografia e resultado do teste antigênico) e as informações relativas à vacinação contra COVID-19.

No período de 01 de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2022, foi notificado um total de 14.652 casos suspeitos de COVID-19, sendo 5.568 casos notificados entre janeiro e dezembro de 2020, 6.364 casos notificados entre janeiro e dezembro de 2021 e 2.720 casos no entre janeiro e junho de 2022. A Figura 5 apresenta a série temporal de casos notificados segundo semana epidemiológica de atendimento no IIER e tipo de agravo (SG ou SRAG), na qual é possível observar a dinâmica temporal da COVID-19 no IIER, com maior número de atendimentos de casos de SG na semana epidemiológica 2 de 2022 (n=420 casos), e de casos de SRAG na semana epidemiológica 12 de 2021 (n=78):

Figura 5. Série temporal dos casos suspeitos de COVID-19 notificados segundo semana epidemiológica de atendimento. IIER, jan-2020 - jun-2022.

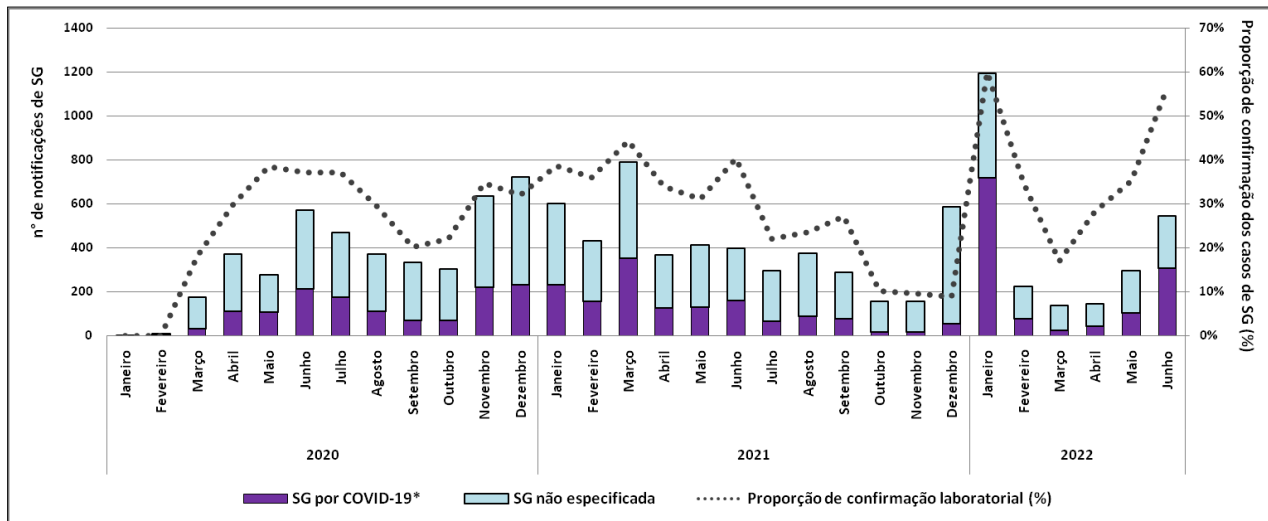


Fonte: REDCap - Ministério da Saúde, e-SUS VE e SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 05/07/2022.

Síndrome Gripal (SG)

No período de janeiro de 2020 a junho de 2022, foram notificados 11.623 casos de SG suspeitos de COVID-19. A confirmação laboratorial dos casos de SG pode ser observada na Figura 6 segundo o mês de atendimento no IIER, e totaliza 35,0% dos casos notificados por SG (n = 4.070). Os meses de maior demanda de casos atendidos por SG foram janeiro/2022 e março/2021, com 1.193 casos (60,0% de confirmação) e 788 casos (44,4% de confirmação), respectivamente.

Figura 6. Série temporal dos casos de síndrome gripal (SG) suspeitos de COVID-19 notificados segundo mês de atendimento. IIER, jan-2020 - jun-2022.



* COVID-19 confirmado laboratorialmente.

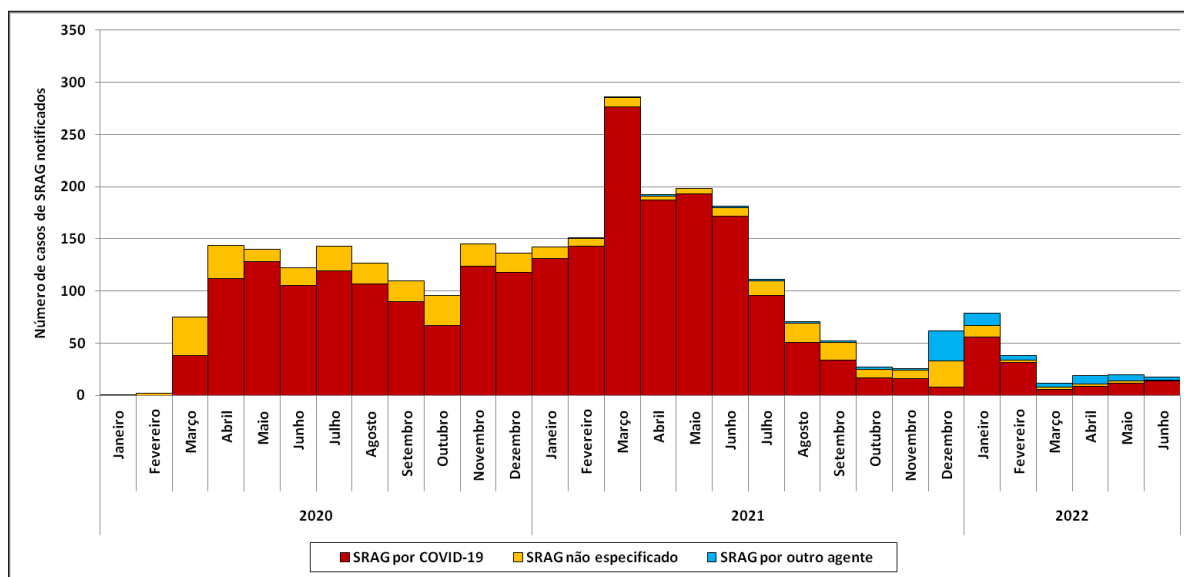
Fonte: REDCap - Ministério da Saúde e e-SUS VE. Dados atualizados em 05/07/2022.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

No período de 01 de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2021, foram atendidos no IIER e notificados pelo Serviço de Epidemiologia um total de 3.029 casos classificados como SRAG suspeitos de COVID-19. Todos os casos são digitados e atualizados no sistema nacional de informação SIVEP-Gripe, e a vigilância epidemiológica municipal e estadual e o Ministério da Saúde realizam a sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados a partir das informações enviadas pelos serviços de saúde locais, como o IIER. Em vista disso, alguns casos podem ser notificados em duplicidade por diferentes serviços de saúde pelos quais o paciente tenha passado, e a vigilância epidemiológica organiza essas informações, realizando a exclusão de casos duplicados e manutenção da notificação primeiramente inserida no sistema. Nesse sentido, após exclusões realizadas pela vigilância de nível municipal e estadual, totalizávamos 2.926 notificações de SRAG no SIVEP-Gripe na data de 05/07/2022, considerando casos hospitalizados até 30 de junho de 2022.

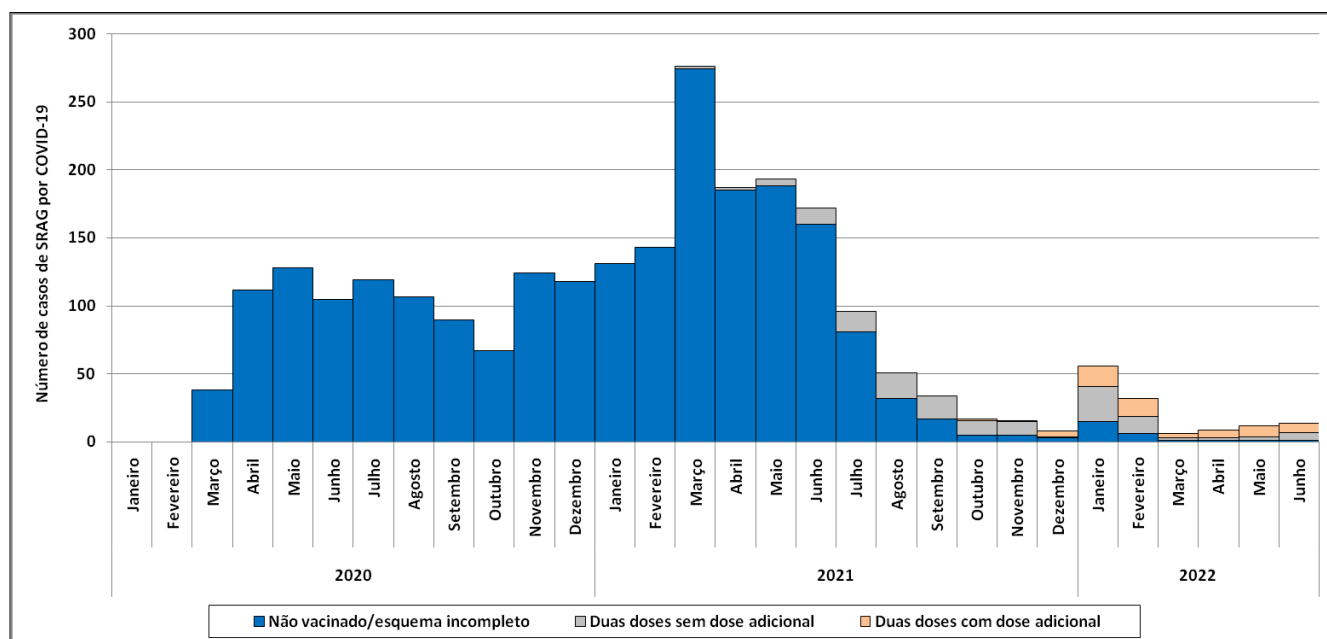
Avaliando os casos de SRAG notificados (n=2.926) e os critérios de confirmação de COVID-19 preconizados pelo Ministério da Saúde, foram confirmados 2.461 casos de SRAG por COVID-19 (84,6%): um total de 2.337 casos (94,9%) por critério laboratorial e 124 (5,1%) por critério clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem. A dinâmica temporal dos casos de SRAG notificados ao longo da pandemia pode ser observada na Figura 7.

Figura 7. Série temporal dos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) suspeitos de COVID-19 notificados segundo mês de internação. IIER, IIER, jan-2020 - jun-2022.



A partir do início da campanha nacional de vacinação contra a COVID-19 em janeiro de 2021, tem sido possível observar importante impacto na diminuição de casos de SRAG por COVID-19. Ressalta-se que, mesmo em 2022, o IIER permanece como referência para casos graves de COVID-19 no estado de São Paulo, e a Figura 8 mostra a distribuição desses casos atendidos no IIER segundo estado vacinal:

Figura 8. Série temporal dos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por COVID-19 segundo mês de internação e estado vacinal. IIER, IIER, jan-2020 - jun-2022.

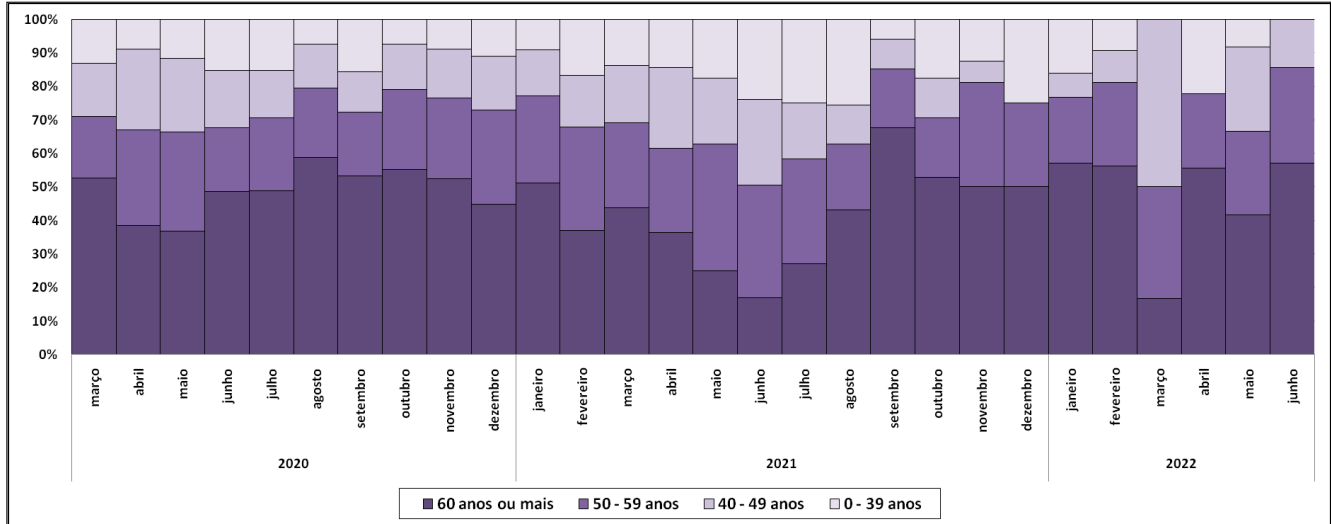


Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 05/07/2022.

Distribuição Temporal dos Casos de SRAG por COVID-19

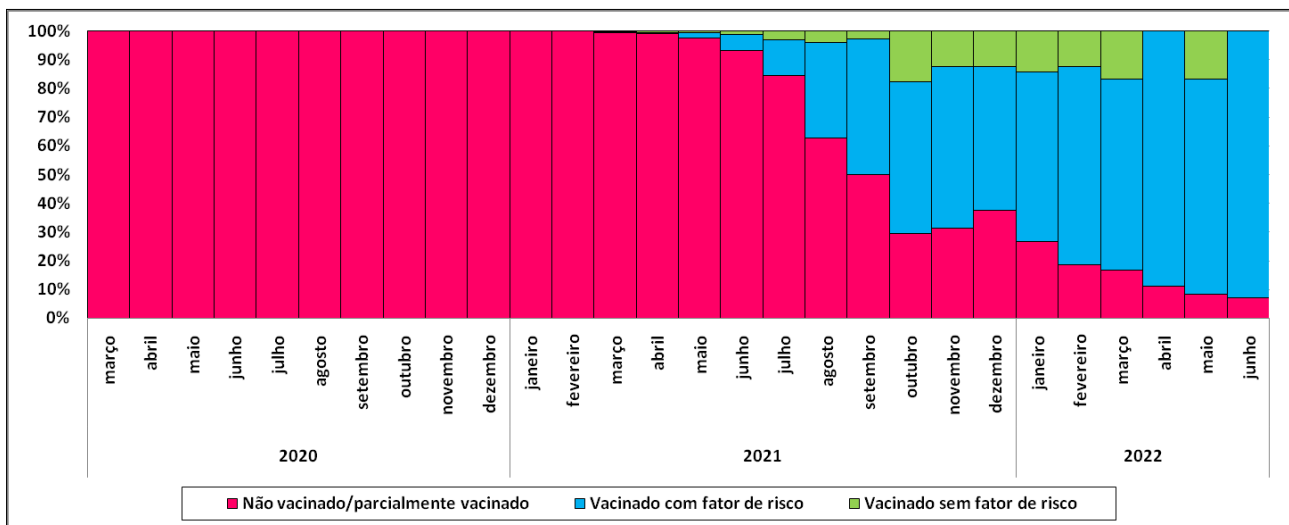
A vacina contra a COVID-19 foi, inegavelmente, determinante para a diminuição dos casos graves da doença e consequente hospitalização por SRAG. O IIER apresentou redução de 95% no número de casos de SRAG por COVID-19, quando comparados os meses de março de 2021 (mês com maior número de casos) e junho de 2022 (mês mais recente). A população idosa (60 anos ou mais) permanece apresentando maior gravidade quando infectada pelo vírus SARS-CoV-2, o que pode ser observado na Figura 9 em todo o período da pandemia até o momento. Mesmo no primeiro semestre de 2022, um ano após o início da campanha de imunização, é possível observar a prevalência desse grupo entre os casos hospitalizados.

Figura 9. Série temporal dos casos de SRAG por COVID-19 confirmados segundo faixa etária. IIER, mar-2020 - jun-2022.



Vale destacar que o IIER, por ser um centro de referência para o tratamento do HIV/AIDS, apresenta uma importante parcela da população de SRAG por COVID-19 coinfectada pelo vírus HIV. No primeiro semestre de 2022, por exemplo, 51,7% dos casos de SRAG por COVID-19 com até 59 anos de idade apresentavam alguma imunossupressão, em sua maioria relacionada ao HIV/AIDS. Nesse sentido, é possível observar que, apesar do impacto da vacina no controle da COVID-19 evidenciado pela diminuição importante no número de casos, é válido notar a prevalência de hospitalizações de pacientes com algum fator que potencialmente interfere na resposta imunológica à vacina, como a idade e a presença de algumas comorbidades. No que tange as informações disponíveis na ficha de notificação de SRAG, pode-se identificar alguns desses fatores, como a idade igual ou superior a 60 anos e a presença das comorbidades a seguir: diabetes mellitus, imunossupressão (HIV/AIDS e outras), doença renal crônica e doença hematológica crônica. A Figura 10 apresenta a distribuição temporal dos casos de SRAG com COVID-19 segundo a presença dos fatores que podem influenciar na resposta às vacinas (idade e/ou comorbidade) e o estado vacinal na admissão (não vacinado/parcialmente vacinado ou esquema completo com ou sem dose adicional), na qual é possível observar, entre outros aspectos, que a grande maioria de casos de SRAG no primeiro semestre de 2022 é vacinada contra COVID-19, mas apresenta algum fator que pode influenciar na resposta imunológica à vacina.

Figura 10. Série temporal dos casos de SRAG por COVID-19 confirmados segundo fator de risco* e estado vacinal**. IIER, mar-2020 - jun-2022.



* Fatores de risco que influenciam a resposta vacinal: idade igual ou maior que 60 anos e/ou presença de comorbidades (diabetes mellitus, imunossupressão, doença renal crônica e doença hematológica crônica).

** Considerado não vacinado/parcialmente vacinado o indivíduo sem nenhuma dose ou com somente uma dose da vacina e o indivíduo vacinado é o indivíduo com esquema vacinal completo com ou sem dose adicional.

Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 05/07/2022.

Perfil dos casos de SRAG por COVID-19

O conhecimento das características da população que adoece de forma severa pela COVID-19 pode contribuir para a organização dos serviços de saúde para o adequado atendimento e também fomentar a formulação de políticas específicas para os grupos mais vulneráveis ao agravo. Nesse sentido, a Tabela 2 apresenta algumas das informações da ficha de investigação epidemiológica de SRAG por COVID-19 segundo evolução do caso na hospitalização no IIER. Casos que permanecerem internados até a edição deste boletim (n=8) e pacientes que evadiram (n=15) ou foram transferidos para outros serviços (n=39) não foram incluídos nesta análise.

Considerando as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da população hospitalizada com SRAG por COVID-19, observa-se uma maioria de casos do sexo masculino (58,7%), das faixas etárias de 40 a 59 anos (43,8%) e 60 a 69 anos (24,1%) e residente no município de São Paulo (58,7%). Os sinais e sintomas mais frequentes na admissão foram a saturação de O₂ <95% (85,2%), a dispnéia (79,2%) e a tosse (72,2%). Cerca de 75,2% da população apresentava pelo menos uma comorbidade, sendo as mais prevalentes: doença cardiovascular crônica (45,1%), a obesidade (26,6%) e a diabetes mellitus (26,4%). Em torno de 59,5% necessitaram de terapia intensiva, e 60,4% fizeram uso de suporte ventilatório não invasivo. Em relação à vacinação contra a COVID-19, 91,9% dos casos eram não vacinados ou apresentavam esquema vacinal incompleto no momento do adocimento. A maioria dos casos foi hospitalizada no ano de 2021 (54,1%), e o perfil completo de características pode ser observado na Tabela 2:

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas dos casos de SRAG por COVID-19 confirmados segundo evolução final. IIER, jan-2020 - jun-2022.

| Perfil de características | Alta (n=1.785) | | Óbito (n=614) | | Total (n=2.399) | | Letalidade (%) | OR bruto | (95% CI) | p-value* | OR ajustado | (95% CI) | p-value* |
|--|----------------|------|---------------|------|-----------------|------|----------------|----------|------------------|----------|-------------|-----------------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 751 | 42,1 | 239 | 38,9 | 990 | 41,3 | 24,1 | | referência | | | | |
| Masculino | 1.034 | 57,9 | 375 | 61,1 | 1.409 | 58,7 | 26,6 | 1,14 | (0,945-1,375) | 0,172 | 1,354 | (1,026-1,786) | 0,032 |
| Raça/cor | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 1.064 | 59,6 | 344 | 56,0 | 1.408 | 58,7 | 24,4 | | referência | | | | |
| Preta ou parda | 499 | 28,0 | 175 | 28,5 | 674 | 28,1 | 26,0 | 1,085 | (0,879-1,339) | 0,449 | | | |
| Outras | 36 | 2,0 | 12 | 2,0 | 48 | 2,0 | 25,0 | 1,031 | (0,530-2,004) | 0,928 | | | |
| Ignorado | 186 | 10,4 | 83 | 13,5 | 269 | 11,2 | 30,9 | 1,38 | (1,037-1,837) | 0,027 | | | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - 39 anos | 288 | 16,1 | 52 | 8,5 | 340 | 14,2 | 15,3 | | referência | | | | |
| 40 - 59 anos | 851 | 47,7 | 200 | 32,6 | 1.051 | 43,8 | 19,0 | 1,302 | (0,933-1,816) | 0,121 | | | |
| 60 - 69 anos | 403 | 22,6 | 176 | 28,7 | 579 | 24,1 | 30,4 | 2,419 | (1,714-3,413) | < 0,001 | 1,945 | (1,205-3,139) | 0,006 |
| 70 - 79 anos | 197 | 11,0 | 128 | 20,8 | 325 | 13,5 | 39,4 | 3,599 | (2,486-5,209) | < 0,001 | 4,091 | (2,381-7,029) | < 0,001 |
| 80 anos ou mais | 46 | 2,6 | 58 | 9,4 | 104 | 4,3 | 55,8 | 6,983 | (4,292-11,362) | < 0,001 | 15,487 | (7,546-31,785) | < 0,001 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | |
| Fundamental ou menor | 216 | 12,1 | 73 | 11,9 | 289 | 12,0 | 25,3 | 2,126 | (1,339-3,376) | 0,001 | | | |
| Ensino médio | 353 | 19,8 | 73 | 11,9 | 426 | 17,8 | 17,1 | 1,301 | (0,825-2,051) | 0,257 | | | |
| Ensino superior | 195 | 10,9 | 31 | 5,0 | 226 | 9,4 | 13,7 | | referência | | | | |
| Ignorado | 1.021 | 57,2 | 437 | 71,2 | 1.458 | 60,8 | 30,0 | 2,692 | (1,813-3,997) | < 0,001 | | | |
| Município de residência | | | | | | | | | | | | | |
| São Paulo | 1.130 | 63,3 | 279 | 45,4 | 1.409 | 58,7 | 19,8 | | referência | | | | |
| Outros municípios | 655 | 36,7 | 335 | 54,6 | 990 | 41,3 | 33,8 | 2,071 | (1,720-2,494) | < 0,001 | | | |
| Sinais e sintomas na admissão | | | | | | | | | | | | | |
| Febre | 1.159 | 64,9 | 298 | 48,5 | 1.457 | 60,7 | 20,5 | 0,509 | (0,423-0,613) | < 0,001 | | | |
| Tosse | 1.340 | 75,1 | 391 | 63,7 | 1.731 | 72,2 | 22,6 | 0,582 | (0,478-0,709) | < 0,001 | | | |
| Dor de garganta | 247 | 13,8 | 39 | 6,4 | 286 | 11,9 | 13,6 | 0,422 | (0,297-0,600) | < 0,001 | | | |
| Dispneia | 1.417 | 79,4 | 484 | 78,8 | 1.901 | 79,2 | 25,5 | 0,967 | (0,772-1,211) | 0,769 | | | |
| Desconforto respiratório | 718 | 40,2 | 316 | 51,5 | 1.034 | 43,1 | 30,6 | 1,576 | (1,310-1,895) | < 0,001 | | | |
| Saturação de O ₂ <95% | 1.510 | 84,6 | 535 | 87,1 | 2.045 | 85,2 | 26,2 | 1,233 | (0,943-1,614) | 0,126 | | | |
| Diarreia | 308 | 17,3 | 75 | 12,2 | 383 | 16,0 | 19,6 | 0,667 | (0,509-0,875) | 0,003 | | | |
| Comorbidades | | | | | | | | | | | | | |
| Pelo menos uma comorbidade | 1.282 | 71,8 | 522 | 85,0 | 1.804 | 75,2 | 28,9 | 2,226 | (1,743-2,843) | < 0,001 | 1,526 | (1,079-2,158) | 0,017 |
| Doença cardiovascular crônica | 727 | 40,7 | 355 | 57,8 | 1.082 | 45,1 | 32,8 | 1,995 | (1,656-2,402) | < 0,001 | | | |
| Obesidade | 472 | 26,4 | 166 | 27,0 | 638 | 26,6 | 26,0 | 1,031 | (0,838-1,268) | 0,774 | | | |
| Doença renal crônica | 38 | 2,1 | 28 | 4,6 | 66 | 2,8 | 42,4 | 2,197 | (1,336-3,611) | 0,002 | | | |
| Imunossupressão | 149 | 8,3 | 37 | 6,0 | 186 | 7,8 | 19,9 | 0,704 | (0,485-1,022) | 0,065 | 2,741 | (1,535-4,896) | 0,001 |
| Hematológica | 7 | 0,4 | 4 | 0,7 | 11 | 0,5 | 36,4 | 1,666 | (0,486-5,709) | 0,487 | | | |
| Pneumopatia crônica | 66 | 3,7 | 49 | 8,0 | 115 | 4,8 | 42,6 | 2,259 | (1,542-3,308) | < 0,001 | | | |
| Doença neurológica crônica | 45 | 2,5 | 21 | 3,4 | 66 | 2,8 | 31,8 | 1,369 | (0,809-2,318) | 0,242 | | | |
| Diabetes mellitus | 406 | 22,7 | 227 | 37,0 | 633 | 26,4 | 35,9 | 1,992 | (1,635-2,428) | < 0,001 | | | |
| Asma | 62 | 3,5 | 20 | 3,3 | 82 | 3,4 | 24,4 | 0,936 | (0,560-1,562) | 0,799 | | | |
| Necessidade de terapia intensiva | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 831 | 46,6 | 597 | 97,2 | 1.428 | 59,5 | 41,8 | 40,316 | (24,674-65,872) | < 0,001 | 7,585 | (4,267-13,484) | < 0,001 |
| Não | 954 | 53,4 | 17 | 2,8 | 971 | 40,5 | 1,8 | | referência | | | | |
| Necessidade de suporte ventilatório | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhum | 162 | 9,1 | 5 | 0,8 | 167 | 7,0 | 3,0 | | referência | | | | |
| Não invasivo | 1.380 | 77,3 | 70 | 11,4 | 1.450 | 60,4 | 4,8 | 1,643 | (0,654-4,131) | 0,291 | | | |
| Invasivo | 243 | 13,6 | 539 | 87,8 | 782 | 32,6 | 68,9 | 71,867 | (29,139-177,249) | < 0,001 | 29,268 | (10,728-79,851) | < 0,001 |
| Estado vacinal | | | | | | | | | | | | | |
| Não vacinado/parcialmente vacinado | 1.654 | 92,7 | 551 | 89,7 | 2.205 | 91,9 | 25,0 | | referência | | | | |
| Esquema completo | 102 | 5,7 | 41 | 6,7 | 143 | 6,0 | 28,7 | 1,207 | (0,829-1,756) | 0,326 | | | |
| Esquema completo + dose adicional | 29 | 1,6 | 22 | 3,6 | 51 | 2,1 | 43,1 | 2,277 | (1,298-3,997) | 0,004 | | | |
| Ano de hospitalização | | | | | | | | | | | | | |
| 2020 | 717 | 40,2 | 266 | 43,3 | 983 | 41,0 | 27,1 | | referência | | | | |
| 2021 | 991 | 55,5 | 308 | 50,2 | 1.299 | 54,1 | 23,7 | 0,838 | (0,693-1,013) | 0,068 | | | |
| 2022 | 77 | 4,3 | 40 | 6,5 | 117 | 4,9 | 34,2 | 1,400 | (0,932-2,104) | 0,105 | | | |

* Teste de qui-quadrado de Pearson. OR: Odds Ratio. 95%CI: Intervalo de confiança de 95%.

Foi realizada análise de regressão logística, e o modelo final ajustado permitiu identificar algumas características que se associaram à maior chance de morrer nessa população: ser homem (OR=1,3); estar na faixa etária de 60-69 anos (OR=1,9), 70-79 anos (OR=4,1) e 80 anos ou mais (OR=15,5); a presença de pelo menos uma comorbidade (OR=1,5); a presença de imunossupressão (OR=2,7); ter necessitado de terapia intensiva (OR=7,6) e de suporte ventilatório invasivo (OR=29,3). A descrição do perfil dos casos graves de COVID-19 e dos fatores associados ao óbito pode contribuir para a gestão do manejo dos casos nas instituições de saúde e é fundamental para as ações de controle da pandemia com enfoque nos mais vulneráveis.

Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 05/07/2022.

Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*

Estima-se que um quarto da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da tuberculose (TB), doença infecciosa que representa um significativo problema de saúde pública ao redor do mundo. Visando o combate desta doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estipulou, em 2015, metas a serem efetivadas. A intenção é alcançar, até o ano de 2035, a redução do coeficiente de incidência da (TB) em 90% e do número de mortes em 95%. Para o alcance dessas metas, portanto, é imprescindível que ocorram ações de vigilância, epidemiológica, diagnóstica e tratamento das infecções pelo *Mycobacterium tuberculosis*, incluindo as infecções latentes. Dessa maneira será possível diminuir o risco de adoecimento e controlar a cadeia de transmissão da TB na população.

As ações de vigilância epidemiológica da infecção latente da tuberculose (ILT) ocorrem a partir da notificação e acompanhamento das pessoas em tratamento dessa infecção e têm como objetivos a produção e análise de dados epidemiológicos fundamentais para apoiar as políticas públicas e a assistência nos territórios. De acordo com o Protocolo de vigilância epidemiológica da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil (2018), o diagnóstico da ILTB deve ser realizado na atenção básica, referências secundária e terciária, devendo-se ter atenção especial às populações com maior risco de adoecimento: contatos de casos confirmados de tuberculose pulmonar ativa, pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e profissionais de saúde. De janeiro de 2019 a maio de 2022, o IIER notificou um total de 112 casos de ILTB

Tabela 3. Casos de ILTB em PVHIV segundo características sociodemográficas IIER, 2019-2022.

| Perfil de características das PVHIV com ILTB | n | % |
|--|----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 20 | 21,5 |
| Masculino | 73 | 78,5 |
| Idade | | |
| De 0 a 18 anos | 1 | 1,1 |
| De 19 a 39 anos | 16 | 17,2 |
| De 40 a 59 anos | 65 | 69,9 |
| 60 anos ou mais | 11 | 11,8 |
| Raça/Cor | | |
| Branca | 61 | 65,6 |
| Preta ou parda | 29 | 31,2 |
| Amarela | 1 | 1,1 |
| Ignorado | 2 | 2,2 |

ILT, porém ainda não estão amplamente disponíveis na rede pública de saúde. Visando a necessidade de descartar o diagnóstico de TB ativa, 69,6% dos pacientes com ILTB não possuíam alterações pulmonares evidenciadas pela radiografia de tórax, enquanto 7,1% possuíam alterações que não eram sugestivas de TB ativa, e os demais (23,2%) não realizaram a radiografia de tórax. No que tange o diagnóstico da ILTB, 82,1% (n=92) realizaram a PT, enquanto apenas dois indivíduos realizaram o IGRA (Tabela 4). Durante a investigação de ILTB nos pacientes em geral, foi diagnosticado um caso de TB ocular, e foi iniciado o tratamento para doença ativa.

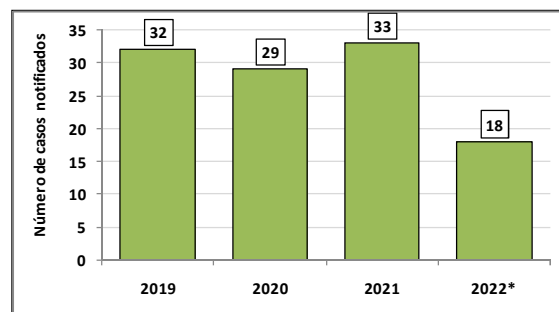
Por tratar-se de uma doença oportunista em pacientes infectados pelo HIV, também é fundamental conhecer o status imunológico dos pacientes por meio da contagem de linfócitos T CD4+ para identificar o risco de TB ativa. Dentre os PVHIV em tratamento da ILTB no IIER, 92,4% possuíam o valor de TCD4+ acima de 350 céls/mm³, enquanto 7,6% estavam com o valor inferior a 350 céls/mm³. Para PVHIV, o tratamento para ILTB é indicado quando há um resultado ≥ 5mm na PT ou com um resultado de IGRA positivo, e dos pacientes atendidos nesse período, 96,1% apresentaram resultado de PT ≥ 5mm e um paciente com IGRA positivo. Também é indicado em PVHIV com CD4 menor ou igual a 350 céls/mm³, independentemente da realização da PT ou IGRA.

Atualmente, no Brasil, existem três esquemas terapêuticos recomendados para o tratamento da ILTB: isoniazida, rifampicina e rifapentina associada a isoniazida. Dentre os pacientes tratados, 94,6% (n=105) utilizaram o esquema com isoniazida. E a respeito do desfecho do tratamento, 66,7% completaram o esquema, 20,7% ainda estão em andamento, 9,0% abandonaram o tratamento e 3,6% tiveram o tratamento suspenso por reação adversa (Tabela 4).

Definição de caso:

Será considerado um caso de ILTB o indivíduo infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, identificado por meio da PT ou IGRA, desde que adequadamente descartada a TB ativa (por meio de anamnese, exame físico, vínculos epidemiológicos, exames bacteriológicos, achados radiológicos e/ou outros exames complementares).

Figura 11. Casos de ILTB segundo ano de notificação. IIER, 2019-2022.



*Dados atualizados até maio/2022.

O IIER é um hospital especializado em doenças infectocontagiosas e referência no tratamento de tuberculose e tuberculose relacionada com o HIV. Do total de 112 pacientes com diagnóstico de ILTB, 83% era composto por PVHIV (n=93) e 8% apresentavam teste para HIV negativo (n=9), além de 8,9% sem exame para HIV realizado (n=10). A análise do perfil sociodemográfico dos casos de ILTB atendidos no IIER entre PVHIV revelou maior prevalência de pessoas do sexo masculino (78,5%), com idade entre 51 a 60 anos (44,1%), seguida pela faixa entre 41 a 50 anos (25,8%). Cerca de 65,6% dos casos em PVHIV se auto referiram como sendo de raça/cor branca, 19,4% parda, 11,8% preta e 1,1% amarela (Tabela 3).

O diagnóstico da ILTB é realizado pela prova tuberculínica (PT) ou IGRA (*Interferon-Gamma Release Assays*). A PT consiste na inoculação intradérmica de uma substância chamada derivado protéico purificado (PPD). Essa substância tem a função de medir a resposta celular a estes antígenos. A resposta à PT deve ser lida de 48 a 72 horas após a aplicação da substância, sendo considerada positiva a leitura maior ou igual a 5mm. Os IGRA são testes imunológicos utilizados para diagnóstico da

Tabela 4. Casos de ILTB segundo diagnóstico e tratamento. IIER, 2019-2022.

| Diagnóstico e tratamento | PVHIV (n=93) | | Não HIV (n=18) | | Total (n=111) | |
|------------------------------|--------------|------|----------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Resultado da PT | | | | | | |
| <5mm | 3 | 3,2 | - | - | 3 | 2,7 |
| ≥5mm | 74 | 79,6 | 14 | 77,8 | 88 | 79,3 |
| Não realizada | 16 | 17,2 | 4 | 22,2 | 20 | 18,0 |
| Esquema | | | | | | |
| Isoniazida | 91 | 97,8 | 14 | 77,8 | 105 | 94,6 |
| Rifampicina | 1 | 1,1 | 2 | 11,1 | 3 | 2,7 |
| Rifapentina + isoniazida | 1 | 1,1 | 2 | 11,1 | 3 | 2,7 |
| Desfecho | | | | | | |
| Tratamento completo | 62 | 66,7 | 12 | 66,7 | 74 | 66,7 |
| Em tratamento | 19 | 20,4 | 4 | 22,2 | 23 | 20,7 |
| Abandono | 8 | 8,6 | 2 | 11,1 | 10 | 9,0 |
| Suspensão por reação adversa | 4 | 4,3 | - | - | 4 | 3,6 |

Fonte: ILTB sitetb. Dados atualizados em 13/05/2022.

Casos novos de HIV/AIDS

Em 2021, foram diagnosticados 52 novos casos de pacientes infectados pelo vírus HIV no IIER. O perfil sociodemográfico da população diagnosticada está apresentado nas Figuras 12 e 13, elaborado com base no cadastro do paciente na instituição:

Figura 12. Casos novos de HIV/AIDS segundo sexo. IIER, 2021.

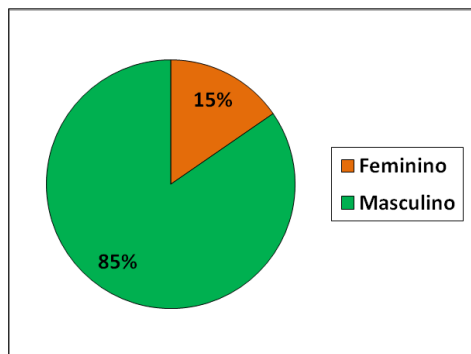
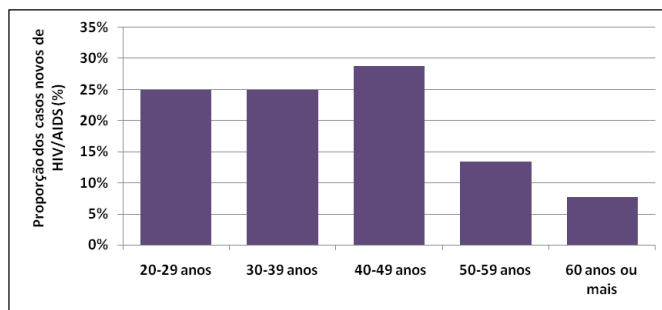
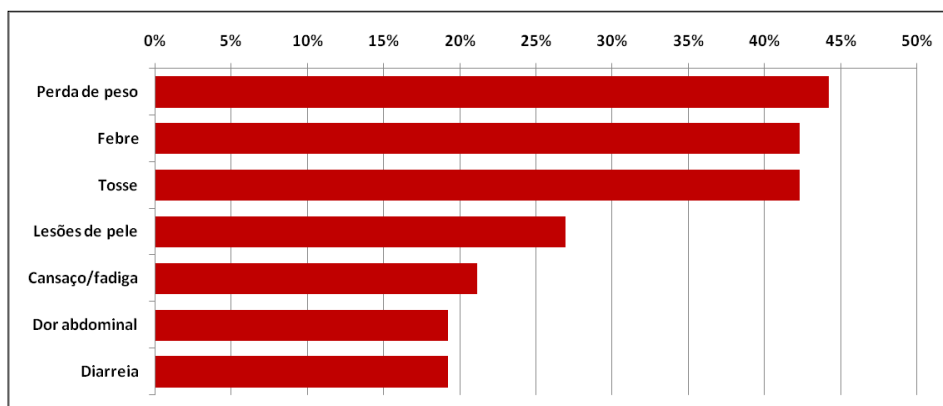


Figura 13. Casos novos de HIV/AIDS segundo faixa etária. IIER, 2021.



As regiões de origem destes pacientes são: Sudeste (63,4%), Nordeste (19,2%), Sul (5,8%), Centro-Oeste (1,9%) e Norte (1,9%). Destes, o estado de São Paulo possui o maior percentual, com 52,9% dos casos, seguido pelo estado da Bahia (9,8%). Há também pacientes que são estrangeiros, que somam 5,8% dos casos diagnosticados. Ademais, a raça/cor da pele destes indivíduos encontra distribuída da seguinte forma: branca (38,5%), parda (36,5%), preta (9,6%), amarela (1,9%) e ignorada (13,5%).

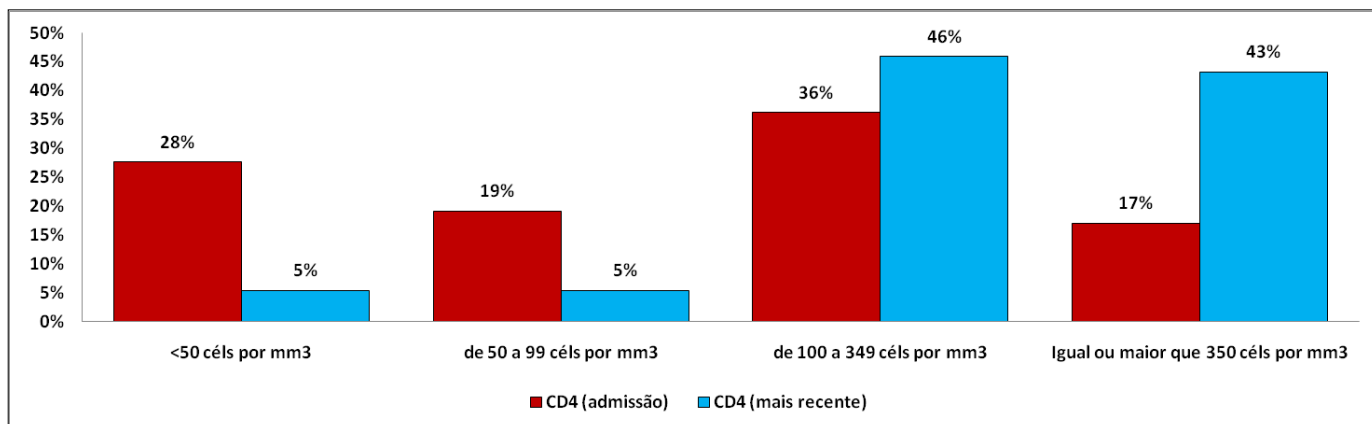
Figura 14. Casos novos de HIV/AIDS segundo sinais e sintomas na admissão. IIER, 2021.



No que tange a apresentação clínica dos pacientes no primeiro atendimento no IIER, a maior parcela dos casos apresentava perda de peso (n=23), febre (n=22), tosse (n=22), lesões de pele (n=14), cansaço/fadiga (n=11), dor abdominal (n=10), diarreia (n=10) e dispnéia (n=9) (Figura 14). Outros sinais e sintomas também descritos nos prontuários foram: sudorese, quadro neurológico, dor torácica, cefaléia, problemas oculares, dor de garganta, edema, vômitos, parestesias e queda de cabelo.

Considerando exclusivamente o critério de definição de AIDS que avalia a contagem de linfócitos T-CD4+, 75% da população diagnosticada em 2021 apresentava AIDS no momento da admissão (contagem de linfócitos T-CD4+ menor que 350 células). A Figura 15 apresenta a contagem de linfócitos T-CD4+ inicial, ou seja, no momento da admissão no IIER, e a contagem mais recente realizada. É notável, o aumento da quantidade de células CD4+ entre o primeiro e o último exame, e isso é possível dada a introdução do tratamento antirretroviral (TARV) após o diagnóstico. Atualmente, 75% desta população continuou com o tratamento, enquanto 15,38% não iniciaram, e 9,62% abandonaram nos últimos 6 meses.

Figura 15. Casos novos de HIV/AIDS segundo contagem de linfócitos CD4 na admissão e contagem mais recente. IIER, 2021.



Notificações Compulsórias do Serviço de Epidemiologia

De janeiro a junho de 2022, foram realizadas 1.579 notificações compulsórias de doenças e agravos atendidos no IIER, número 46,6% maior que o total de notificações realizadas no mesmo período em 2021 (n = 1.077). O agravo de maior número de notificações em todos os meses e anos é o atendimento antirrábico humano, seguido pelas notificações de tuberculose e HIV/AIDS (13 anos ou mais). A seguir, a Tabela 5 apresenta o total de notificações de doença e agravos atendidos no IIER no período de janeiro a junho de 2020 a 2022.

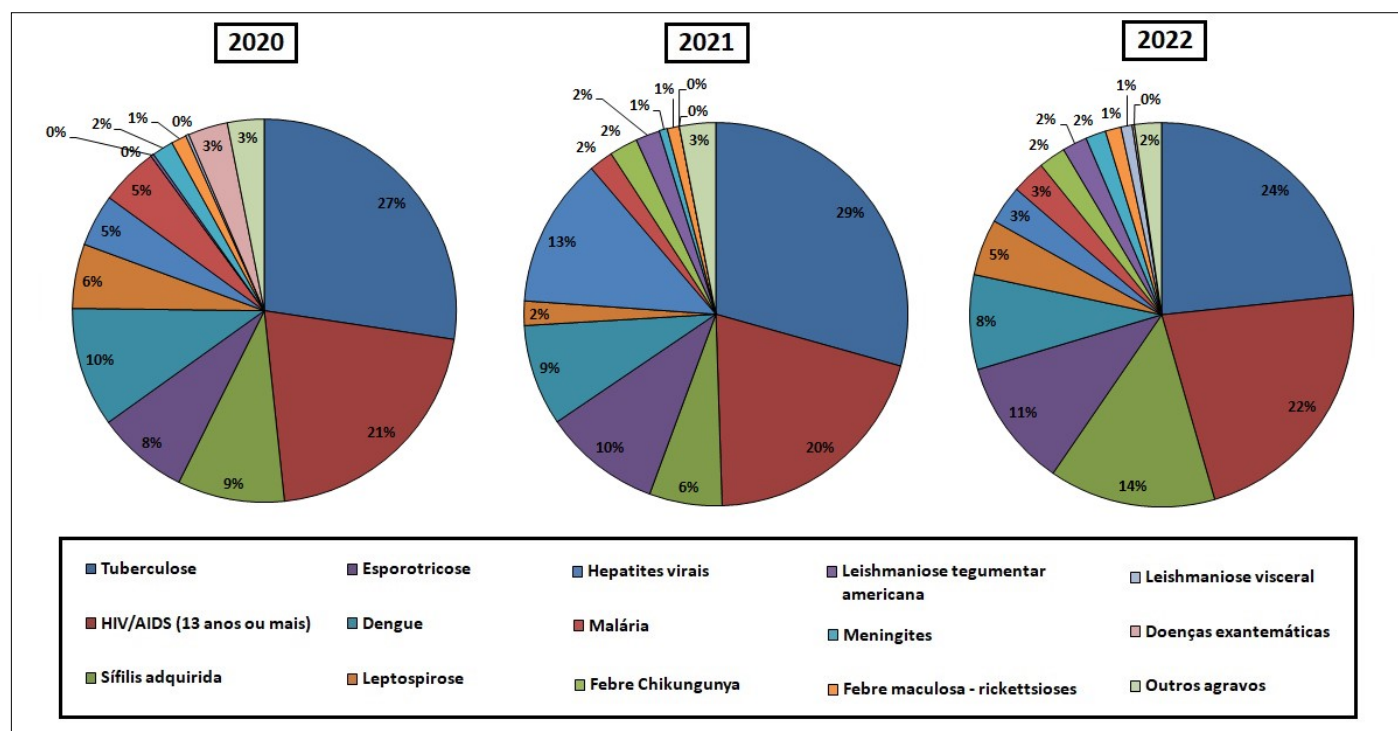
Tabela 5. Notificações realizadas pelo Serviço de Epidemiologia no primeiro semestre segundo doença e agravo e ano de notificação*. IIER, 2020-2022.

| Agravos | Janeiro | | | Fevereiro | | | Março | | | Abril | | | Maio | | | Junho | | | Total | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Atendimento antirrábico humano | 235 | 39 | 95 | 89 | 144 | 180 | 36 | 255 | 265 | 128 | 84 | 166 | 70 | 108 | 199 | 183 | 154 | 147 | 741 | 784 | 1.052 |
| Tuberculose | 32 | 21 | 19 | 25 | 11 | 19 | 17 | 10 | 25 | 12 | 17 | 21 | 11 | 16 | 22 | 9 | 11 | 17 | 106 | 86 | 123 |
| HIV/AIDS (13 anos ou mais) | 30 | 8 | 19 | 21 | 6 | 10 | 16 | 9 | 26 | 3 | 17 | 22 | 5 | 7 | 21 | 6 | 12 | 19 | 81 | 59 | 117 |
| Hepatites virais | 5 | 0 | 4 | 11 | 19 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 13 | 7 | 0 | 3 | 1 | 17 | 37 | 17 |
| Esporotricose | 12 | 5 | 9 | 5 | 4 | 3 | 8 | 5 | 7 | 4 | 10 | 5 | 0 | 3 | 18 | 1 | 2 | 15 | 30 | 29 | 57 |
| Sífilis adquirida | 20 | 4 | 12 | 4 | 5 | 5 | 10 | 2 | 20 | 0 | 3 | 20 | 1 | 1 | 10 | 0 | 3 | 7 | 35 | 18 | 74 |
| Dengue | 18 | 1 | 2 | 16 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 0 | 10 | 12 | 0 | 5 | 13 | 1 | 2 | 8 | 39 | 25 | 42 |
| Leishmaniose tegumentar americana | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 | 11 |
| Malária | 7 | 1 | 1 | 11 | 0 | 2 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 19 | 6 | 15 |
| Leptospirose | 9 | 0 | 5 | 7 | 3 | 6 | 4 | 2 | 6 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 21 | 6 | 25 |
| Meningites | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 7 | 2 | 9 |
| Febre Chikungunya | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0 | 3 | 4 | 0 | 7 | 12 |
| Febre maculosa - rickettsioses | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 5 | 3 | 7 |
| Leishmaniose visceral | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Doenças exantemáticas | 9 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 1 |
| Outros agravos | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 4 | 12 | 9 | 12 |
| Total | 389 | 80 | 170 | 196 | 202 | 233 | 102 | 296 | 370 | 148 | 146 | 267 | 89 | 158 | 309 | 204 | 195 | 230 | 1.128 | 1.077 | 1.579 |

*Notificações de síndrome gripal (SG), síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e varíola dos macacos (monkeypox) não estão incluídas.

A Figura 16 apresenta a proporção das notificações segundo doença e agravo e ano. Sem considerar as notificações de atendimento antirrábico humano, síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave, a parcela de notificações de tuberculose e HIV/AIDS corresponde a quase metade do total de notificações, refletindo o perfil de grande parte da população atendida no instituto, independentemente da sua atuação durante surtos e epidemias. Outros agravos que se destacam são a sífilis adquirida, a esporotricose, a dengue, a leptospirose, as hepatites virais e a malária.

Figura 16. Proporção das notificações realizadas pelo Serviço de Epidemiologia no primeiro semestre segundo doença e agravo e ano de notificação**. IIER, 2020-2022.



**Notificações de atendimento antirrábico humano, síndrome gripal (SG), síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e varíola dos macacos (monkeypox) não estão incluídas.

Fonte: SINAN NET/SMS/COVISA/CCD. Dados atualizados em 04/07/2022.

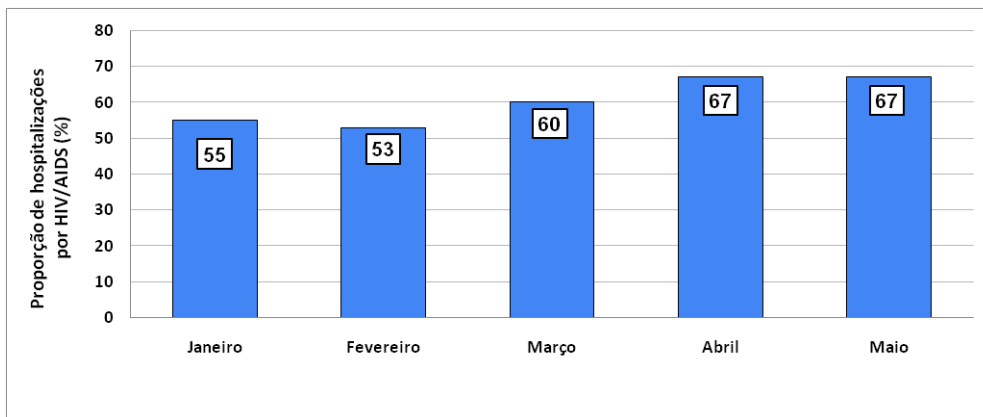
Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é composto pelo arquivo médico e pelo setor de estatística. No SAME são arquivados os prontuários dos pacientes atendidos no IIER, além da realização de atestados e relatórios médicos. Todos os prontuários dos pacientes com agendamento são separados previamente e enviados ao ambulatório pela equipe do SAME para que sejam organizados nas devidas salas de atendimento. No setor de estatística são elaboradas as planilhas mensais de produção do IIER, a partir dos dados que são enviados pelas áreas. A partir das planilhas, os dados são lançados nos sistemas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, até o dia 15 de cada mês. Também são organizados os prontuários de saída da internação além do arquivamento dos documentos dos pacientes internados nos setores do IIER.

No período de janeiro a maio de 2022, foram contabilizadas 615 internações e 629 saídas hospitalares (alta médica, óbito, transferência e evasão), além de uma média de 20 dias de permanência e 8,7% de reinternações (período de 30 dias). A taxa de ocupação geral foi de 92,6%, sendo janeiro o mês de maior taxa (99,9%).

Desde outubro de 2021, a taxa de ocupação dos leitos hospitalares por pacientes com HIV/AIDS tem aumentado no IIER. Em março de 2021, por exemplo, a taxa de ocupação por essa população estava próxima à 17,0% e, em março de 2022, representava 60,0% das hospitalizações. Essa dinâmica deve-se à grande parte dos leitos hospitalares serem destinados aos pacientes com SRAG com suspeita de COVID-19 durante o curso da pandemia, e o gradual restabelecimento do atendimento da população com outros agravos infecciosos com a diminuição de casos graves de COVID-19. A Figura 17 apresenta a proporção das hospitalizações por pacientes com HIV/AIDS frente ao total de pacientes internados no IIER.

Figura 17. Proporção de pacientes com HIV/AIDS no total de pacientes hospitalizados. IIER, 2022.



No que diz respeito à mortalidade hospitalar, a taxa de letalidade geral no período de janeiro a maio de 2022 foi de 15,7%, sendo fevereiro o mês de maior taxa (21,82%). A Figura 18 apresenta a proporção dos óbitos segundo causa básica. Também é exibida, na Figura 19, a distribuição das consultas ambulatoriais segundo especialidade no período de janeiro a abril de 2022.

Figura 18. Proporção dos óbitos segundo causa básica. IIER, janeiro-maio-2022.

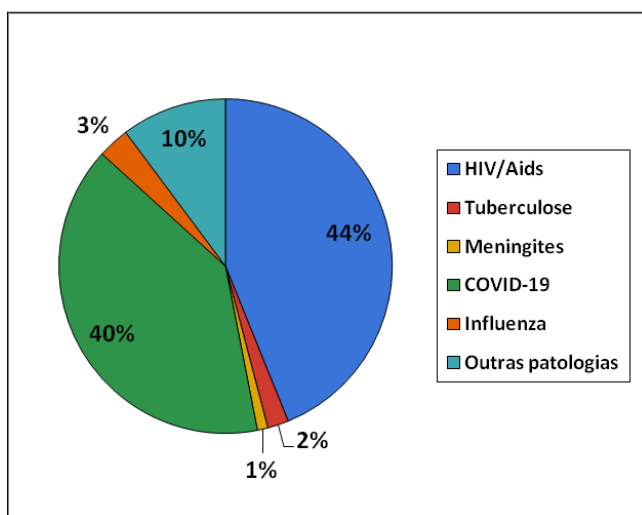
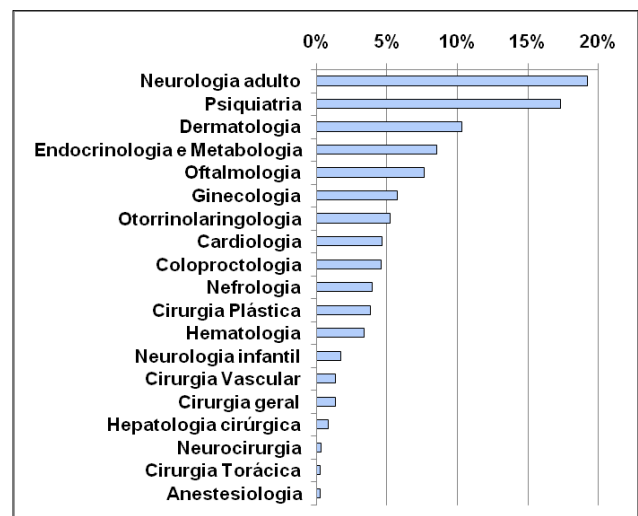


Figura 19. Proporção das consultas ambulatoriais segundo especialidade. IIER, janeiro-abril-2022.



Fonte: SAME-IIER. Dados atualizados em 27/06/2022.

Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

Indicadores selecionados e elaborados periodicamente pela equipe do SAME estão apresentados na Tabela 6:

Tabela 6. Indicadores do SAME-IIER. IIER, janeiro-junho-2022.

| Indicadores SAME - 2022 | | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Mai | Junho |
|---|------------------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|
| Média de permanência hospitalar (dias) | Enfermaria | 9,7 | 11,5 | 10,6 | 11,6 | 9,6 | 9,8 |
| | Unidade de Terapia Intensiva | 11,9 | 13,7 | 11,5 | 11,1 | 14,1 | 11,8 |
| Taxa de ocupação mensal (%) | Enfermaria | 92,5 | 85,8 | 89,5 | 95,8 | 90,2 | 96,3 |
| | Unidade de Terapia Intensiva | 90,7 | 92,6 | 80,5 | 67,7 | 66,0 | 92,3 |
| Taxa de mortalidade institucional (%) | | 12,6 | 21,8 | 18,1 | 13,3 | 9,4 | 16,5 |
| Taxa de hospitalização por HIV/AIDS (%) | | 55,0 | 53,0 | 60,0 | 67,0 | 67,0 | 69,0 |

Fonte: SAME-IIER. Dados atualizados em 11/07/2022.

Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)

Além da vigilância epidemiológica dos agravos atendidos, o IIER realiza ações de prevenção de doenças por meio da administração de vacinas e imunobiológicos no Centro de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIE), que também é referência para profilaxia antirrábica pré e pós exposição e Medicina do Viajante. No primeiro semestre de 2022, o CRIE-IIER realizou importantes ações de imunização, como a campanha de influenza e a continuidade da campanha de imunização contra a COVID-19. No período de janeiro a maio de 2022, foram realizadas 18.738 administrações de vacinas no IIER. A Tabela 7 apresenta algumas das ações realizadas pelo CRIE-IIER no período de janeiro a maio de 2022:

Tabela 7. Ações desenvolvidas pelo CRIE. IIER, 2022.

| Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais IIER | 2022 | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai |
| Número de doses de vacina aplicadas | 1527 | 1470 | 1586 | 1582 | 1805 |
| Rotina | 894 | 836 | 883 | 1079 | 1101 |
| Especial | 542 | 546 | 597 | 401 | 540 |
| Vacinação contra Febre Amarela | 91 | 88 | 106 | 102 | 164 |
| Número de doses de vacina aplicadas nas campanhas | 1271 | 824 | 955 | 3406 | 4312 |
| COVID-19 | 935 | 741 | 919 | 1185 | 761 |
| Influenza | 336 | 83 | 36 | 2221 | 3551 |
| Imunoglobulinas e soros | 44 | 45 | 35 | 43 | 43 |
| Soro antirrábico (SAR) | 5 | 7 | 10 | 9 | 18 |
| Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR) | 30 | 30 | 19 | 23 | 12 |
| Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) | 9 | 6 | 5 | 9 | 11 |
| Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Outras imunoglobulinas e soros | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Aplicação de PPD | 50 | 28 | 41 | 34 | 0 |
| Busca Ativa - ligações | 230 | 73 | 396 | 210 | 344 |
| Abandono de doses - Acidente antirrábico humano (AARH) | 100 | 25 | 77 | 48 | 55 |
| Abandono de observação - AARH | 95 | 48 | 113 | 55 | 103 |
| Faltosos - doses CRIE | 35 | 0 | 206 | 107 | 186 |
| Controle de sorologia - raiva | 0 | 131 | 121 | 104 | 105 |
| Convocação de vulnerável (<0,5 UI/mL) | 0 | 15 | 5 | 22 | 7 |
| Levantamento de resultados (total de coletas) | 0 | 116 | 116 | 82 | 98 |
| Controle de imunobiológicos | 126 | 1805 | 1585 | 1176 | 1355 |
| Número de frascos recebidos | 0 | 1303 | 1493 | 1092 | 1272 |
| Número de frascos dispensados para serviços externos | 25 | 6 | 14 | 22 | 11 |
| Número de frascos remanejados para serviços externos | 101 | 496 | 78 | 62 | 72 |
| Emissão de Certificado Internacional de Vacinação (CIVP) | 352 | 282 | 352 | 311 | 483 |

Fonte: CRIE-IIER. Dados atualizados em 28/06/2022.