



**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública**

**Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPII**

**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO E VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DA INFLUENZA**

O Ministério da Saúde reforça a recomendação sobre a necessidade das autoridades de saúde e todo o corpo clínico e de apoio manterem o sigilo da identidade dos casos.

Esta medida visa evitar estigma social aos pacientes e resguardar o direito da inviolabilidade de sua privacidade. O não cumprimento dessa medida sujeita o infrator a ações administrativas e penais.

VERSÃO III

- Brasília, 5 de agosto de 2009 -

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL

MÓDULO 1

MANEJO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

1. **OBJETIVOS**
2. **DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE**
3. **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O MANEJO CLÍNICO**
 - a) Informações gerais
 - b) Fatores de Risco para complicações por Influenza
 - c) Avaliação simplificada de gravidade em serviços de saúde de atenção primária e secundária
4. **ASPECTOS LABORATORIAIS**
 - a) Informações gerais
 - b) Indicação de coleta de amostras no indivíduo doente
 - c) Indicação para a coleta de amostras em situação de óbito
5. **INDICAÇÕES PARA O USO DO OSELTAMIVIR**
 - a) Para tratamento
 - b) Quimioprofilaxia
 - d) Informações adicionais
6. **MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA**
 - a) Informações gerais
 - b) Medidas preventivas
 - c) Quem deve adotar as medidas de precaução
 - d) Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
 - e) Higienização das mãos
7. **MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E PRONTO ATENDIMENTO**
8. **MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS NO TRANSPORTE DE PACIENTES**

9. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

- a) Isolamento em quarto privativo dos casos de Doença Respiratória Aguda Grave
- b) Isolamento por Coorte
- c) Outras orientações

10. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

- a) Informações gerais
- b) Limpeza e desinfecção
- c) Processamento de roupas
- d) Tratamento de resíduos

MÓDULO 2

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA DA INFLUENZA

INTRODUÇÃO

I. VIGILÂNCIA DA DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

- a) Objetivo
- b) Informações Gerais
- c) Definições
- d) Busca ativa de contatos próximos de caso suspeito ou confirmado de doença respiratória aguda grave
- e) Condutas em relação aos contatos próximos com sinais e sintomas

II. DETECÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE SÍNDROME GRIPAL

a. Informações Gerais

b. Definições

- a) Definições de caso suspeito de síndrome gripal
- b) Definição de surto de síndrome gripal
- c) Critérios para confirmação do surto
- d) Critérios para descarte do surto

c. Etapas da investigação epidemiológica

- a) Caracterização clínico-epidemiológica
- b) Coleta e amostras clínicas para diagnóstico laboratorial
- c) Controle do surto
- d) Tratamento de casos
- e) Medidas adicionais
- f) Notificação e Análise
 - f.1) Informações gerais

- f.2) Aspectos que devem ser considerados na análise
- f.3) Produção e disseminação de informações

III. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

- a) Informações Gerais
- b) Cuidados no domicílio
- c) Cuidados em creches
- d) Cuidados com gestantes, parturientes e recém-nascidos

IV. MONITORAMENTO DAS INTERNAÇÕES E DA MORTALIDADE POR INFLUENZA E PNEUMONIA

Estratégias de monitoramento

- a) Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)
- b) Sistema de Informações de Hospitalares (SIH)
- c) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

V. VIGILÂNCIA SENTINELA PARA INFLUENZA

VI. TELEFONES E LINKS ÚTEIS

INTRODUÇÃO

Diante da pandemia de influenza desencadeada pela circulação, entre seres humanos, do novo vírus da influenza A(H1N1) e com base no conhecimento atual sobre a disseminação mundial deste novo vírus, o Ministério da Saúde elaborou e vem revisando este Protocolo com o objetivo de adequar as medidas estabelecidas no Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza (PBPPi), a cada novo cenário que o país se encontra.

A situação epidemiológica atual, no Brasil e no mundo, caracteriza-se por uma pandemia com predominância de casos clinicamente leves e com baixa letalidade. Diante dessa situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando da passagem para o nível 06 (seis) de Alerta Pandêmico, estratificou os países em: “Com transmissão sustentada”, “Sem ocorrência de casos” e “Em transição” (ainda sem evidências de transmissão comunitária). O Brasil enquadra-se nesta última classificação e as ações propostas pela OMS para os países desse grupo incluem:

- I. Manter a notificação de casos laboratorialmente confirmados à OMS, de acordo com o RSI/2005;
- II. Coletar informação sobre a gravidade dos quadros clínicos da doença;
- III. Abandonar, progressivamente, a busca ativa de contatos, na medida em que a epidemia progride e que esta atividade não agrega informação nova;
- IV. Adotar medidas de mitigação em antecipação à situação de transmissão sustentada, como:
 - a. Antecipação e/ou extensão de prazo das férias escolares, quando indicado;
 - b. Suspensão temporária de atividades em escolas e locais de trabalho, quando indicado pela autoridade de saúde local;

Como esperado, com a chegada do inverno no hemisfério Sul, verificou-se o aumento do número de casos de infecção por este novo vírus e a circulação concomitante com os demais vírus de influenza. A análise dos resultados das 3.215 amostras clínicas processadas pelos laboratórios da FIOCRUZ/MS e do Instituto Adolfo Lutz/SES/SP demonstrou que somente 26,2% foram positivas para o novo vírus A(H1N1), 22,6% foram positivas para a gripe sazonal e 51% sequer eram infecções por qualquer vírus influenza.

Este fenômeno pode favorecer a recombinação genética deste novo vírus, podendo levar ao surgimento de novas ondas epidêmicas e eventual alteração de sua virulência. Esses fatores podem levar ao aumento da demanda por serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, principalmente por indivíduos com condições de risco para complicações e óbito pela doença.

Durante os últimos dois meses a estratégia de enfrentamento desta Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) foi baseada em medidas de contenção - identificação precoce, tratamento e isolamento de casos e no seguimento de seus contatos próximos. No cenário atual esta estratégia perde importância e efetividade - fenômeno esperado na transmissão de agentes infecciosos, particularmente com as características dos vírus influenza - requerendo medidas mais integradas de monitoramento da situação epidemiológica e de priorização da assistência aos casos graves ou com potencial de complicação.

Desse modo, considerando a discussão acumulada ao longo dos últimos anos e materializada nas orientações técnicas contidas no Plano Brasileiro de Preparação para a Pandemia de Influenza (PBPPi) e a necessidade de aprimorar a vigilância da influenza no Brasil, o Ministério da Saúde atualizou o presente Protocolo, reiterando que apenas os tópicos aqui descritos devem substituir o que consta no PBPPi. As demais medidas devem ser aplicadas conforme as recomendações do Plano.

Este protocolo de influenza foi estruturado em dois módulos. Um que trata do manejo clínico, diagnóstico e tratamento de casos de influenza e outro que aborda as questões de vigilância

epidemiológica, cujo objetivo é normatizar as medidas de controle da influenza humana quando da identificação de situações particulares de risco, como a detecção de casos de doença respiratória aguda grave e surtos de síndrome gripal. Como toda normatização, está sujeita a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico. Ressalta-se que ele se aplica ao cenário epidemiológico brasileiro na atual fase pandêmica, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

MÓDULO 1

MANEJO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CASOS DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

1. OBJETIVOS

- Detectar casos de doença respiratória aguda grave de maneira oportuna;
- Reduzir a ocorrência de formas graves e de óbitos;
- Monitorar as complicações da doença

2. DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade com doença respiratória aguda caracterizada por febre superior a 38°C, tosse **E** dispnéia, acompanhada ou não de manifestações gastrointestinais ou dos sinais e sintomas abaixo:

- a) Aumento da frequência respiratória (> 25 IRPM - Incursões Respiratórias por Minuto)
- b) Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente
- c) Em crianças além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas abaixo:

Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;

Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

Na presença desses sinais e sintomas o paciente deve ser enviado para internação.

Alerta: deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem fatores de risco para a complicação por influenza.

3. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O MANEJO CLÍNICO

a) Informações gerais

No indivíduo com manifestações clínicas compatíveis com doença respiratória aguda grave, deve-se:

- Orientar o afastamento temporário, de acordo com cada caso, das atividades de rotina (trabalho, escola, etc) avaliando período de transmissibilidade da doença.
- Utilizar equipamentos de proteção individual conforme orientações nesse Protocolo;
- Realizar avaliação clínica minuciosa
- Coletar amostra de secreção nasofaríngea e de sangue, até o 7º dia de início dos sintomas;

- Recomenda-se fortemente internar o paciente, dispensando-lhe todos os cuidados que o caso requer.
- Todo paciente, uma vez instalado o quadro de síndrome gripal, MESMO EM QUADRO LEVE ONDE NÃO ESTÁ INDICADA A INTERNAÇÃO HOSPITALAR, deve ser orientado a ficar atento a todos os sinais e sintomas de agravamento e, em persistindo ou piorando um sinal ou sintoma nas 24 a 48 horas, consecutivas ao exame clínico, ele deve RETORNAR imediatamente a um serviço de saúde. Mecanismos adicionais podem ser desenvolvidos em cada unidade de saúde de modo a ajudar nesse monitoramento, no intervalo de 24h a 48h, visando a identificação precoce de sinais de agravamento.

Importante: Para menores de 18 anos de idade é contra-indicado o uso de salicilatos em casos suspeitos ou confirmados de infecção por vírus influenza, por causa do risco de desenvolvimento da Síndrome de Reye.

b. Grupos e fatores de risco para complicações por influenza

- **Grupo de risco:** pessoas que apresentam as seguintes condições clínicas abaixo:
 - o **Imunodepressão:** por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para aids ou em uso de medicação imunossupressora;
 - o **Condições crônicas:** por exemplo, hemoglobinopatias, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais crônicas, doenças metabólicas (diabetes *mellitus* e obesidade móbida (Índice de Massa Corporal > 40))
- **Fatores de risco:**
 - o **Idade:** inferior a 02 ou superior a 60 anos de idade;
 - o **Gestação:** independente da idade gestacional.

ATENÇÃO!

Todos os indivíduos que compõem o grupo de risco ou que apresentem fatores de risco para complicações de influenza requerem - obrigatoriamente - avaliação e monitoramento clínico constante de seu médico assistente, para indicação ou não de tratamento com Oseltamivir; além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas.

Atenção especial deve ser dado às grávidas, independentemente do período de gestação.

c) Avaliação simplificada de gravidade em serviços de saúde de atenção primária e secundária

Os casos de DRAG deverão ser encaminhados para o Hospital de Referência, se apresentarem um ou mais dos sinais e sintomas abaixo.

c.1. Avaliação em adultos

- Confusão mental
- Frequência Respiratória > 30 IRPM
- PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg
- Idade > 60 anos de idade

c.2. Avaliação em crianças

- Cianose
- Batimento de asa de nariz
- Taquipnéia: 2 meses a menor de 1 ano (>50 IRPM); 1 a 5 anos (>40 IRPM)
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/Vômitos/Inapetência
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar
- Estado geral comprometido
- Dificuldades familiares em medicar e observar cuidadosamente
- Presença de co-morbidades/Imunodepressão

4. ASPECTOS LABORATORIAIS

a) Informações gerais

- Os agentes infecciosos prioritários para investigação etiológica são os vírus influenza e os agentes etiológicos responsáveis por quadros de pneumonia bacteriana.
- As amostras de secreções respiratórias devem ser coletadas preferencialmente entre o 3º (terceiro) e 7º (sétimo) dia, após o início dos sintomas.
- A técnica de diagnóstico preconizada pela OMS para confirmação laboratorial do novo vírus Influenza A(H1N1) é o RT-PCR.
- Não é recomendada a metodologia de Imunofluorescência Indireta (IFI) para detecção desse novo subtipo de Influenza A(H1N1), no momento atual.
- O processamento das amostras de secreção respiratória de casos suspeitos para o diagnóstico de infecção pelo novo vírus Influenza A(H1N1) será realizado exclusivamente pelos Laboratórios de Referência (LR):
 - Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP) em São Paulo;
 - Instituto Evandro Chagas (IEC/PA) no Pará;
 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ) no Rio de Janeiro.
- Considerando as normas de biossegurança vigentes no país e as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde reitera que a coleta de amostras de material humano seja realizada rigorosamente dentro das normas de biossegurança preconizadas para essa situação.
- Os Laboratórios Centrais de Saúde Pública - LACEN poderão processar amostras de sangue ou outras amostras clínicas que não sejam do trato respiratório para subsidiar o diagnóstico diferencial, conforme as hipóteses diagnósticas elencadas no hospital de referência e desde que façam parte da lista de exames próprios desta rede de laboratórios, adotando-se as medidas de biossegurança preconizadas para cada situação.

O exame laboratorial para diagnóstico específico de influenza A (H1N1) somente está indicado, para:

- 1. Acompanhar casos de doença respiratória aguda grave.**
- 2. Em casos de surtos de síndrome gripal em comunidades fechadas, segundo orientação da vigilância epidemiológica, três amostras são necessárias para definição de surto, conforme página 29.**

b) Indicação para a coleta de amostras no indivíduo doente

Diante de um caso suspeito de doença respiratória aguda grave (apresentando ou não fator de risco para complicações) poderão ser coletadas amostras clínicas de:

- **Secreção nasofaringeana:** para detecção de vírus influenza
- **Sangue para hemocultura:** para realização de pesquisa de agentes microbianos e avaliação da resistência antimicrobiana.
- **Outras amostras clínicas:** serão utilizadas apenas para monitoramento da evolução clínica do paciente e/ou para realização de diagnóstico diferencial, conforme hipóteses elencadas pelo médico do hospital de referência e as evidências geradas pela investigação epidemiológica.

ATENÇÃO

O Ministério da Saúde alerta aos profissionais de saúde e aos familiares de indivíduos com doença respiratória aguda grave que as condutas clínicas não dependem do resultado do exame laboratorial específico para influenza A(H1N1). O Ministério da Saúde esclarece ainda que este exame, mesmo quando indicado, demanda um tempo maior de realização, pela complexidade da técnica utilizada.

b.1) Técnica para a coleta

- Preferencialmente, utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar maior número de células.
- Na impossibilidade de utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe, como alternativa, poderá ser utilizada a técnica de swab combinado de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente com swab de rayon.
- Não deverá ser utilizado swab de algodão, pois o mesmo interfere nas metodologias moleculares utilizadas.
- As amostras de secreção respiratória coletadas devem ser mantidas em temperatura adequada de refrigeração (4 a 8°C) e encaminhadas aos LACEN no mesmo dia da coleta.

b.2) Acondicionamento, transporte e envio de amostras para diagnóstico

Todas as unidades coletoras (unidades de saúde) deverão encaminhar as amostras ao LACEN de seu Estado ou Distrito Federal acompanhadas da ficha epidemiológica devidamente preenchida.

As amostras deverão ser colocadas em caixas (térmicas) de paredes rígidas, que mantenham a temperatura adequada de refrigeração (4 a 8°C) até a chegada ao LACEN.

O LACEN deverá acondicionar a amostra em caixas específicas para Transporte de Substâncias Infecciosas, preferencialmente em gelo seco. Na impossibilidade de obter gelo seco, a amostra poderá ser congelada a -70°C e encaminhada em gelo reciclável.

O envio e a comunicação com a informação do “número de conhecimento aéreo” devem ser imediatos para o respectivo laboratório de referência. O transporte deve obedecer as Normas da Associação Internacional de Transporte Aéreo (IATA).

c) Indicação para a coleta de amostras em situação de óbito

c.1. Informações gerais

Recomendado, **APENAS NOS LOCAIS ONDE SEJA VIÁVEL A REALIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLETA DE AMOSTRAS**, para diagnóstico post-mortem de casos de doença respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico prévio em situações especiais indicadas pela vigilância epidemiológica, especificadas nos itens c.2 e c.3 a seguir.

Os ácidos nucléicos virais podem ser detectados em diversos tecidos, principalmente de brônquios e pulmões, que constituem espécimes de escolha para o diagnóstico laboratorial de vírus influenza pela técnica de Transcrição Reversa associada à Reação em Cadeia mediada pela Polimerase (RT-PCR). No entanto, considerando a principal infecção secundária à influenza, foram contempladas neste item orientações para coleta de amostras para o diagnóstico bacteriano diferencial, bem como para o diagnóstico histopatológico.

c.2. Coleta dos espécimes teciduais

Devem ser coletados, no mínimo, 8 (oito) fragmentos de cada tecido (listados no item c.3) com dimensões aproximadas de 1 a 3 cm. Amostras de outros sítios das vias aéreas também podem ser submetidas a culturas e a ensaios moleculares. Colocar em recipientes separados e devidamente identificados as amostras coletadas de órgãos diferentes.

c.3. Pontos anatômicos de coleta de amostras

1. Da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traquéia proximal e distal;
2. Do parênquima pulmonar direito e esquerdo;
3. Das tonsilas e mucosa nasal;
4. De pacientes com suspeita de miocardites, encefalites e rabdomiólise podem ser coletados fragmentos do miocárdio (ventrículo direito e esquerdo), SNC (córtex cerebral, gânglios basais, ponte, medula e cerebelo) e músculo esquelético, respectivamente;
5. Espécimes de qualquer outro órgão, mostrando aparente alteração macroscópica, podem ser encaminhados para investigação da etiologia viral.

c.4. Acondicionamento das amostras

c.4.1. Para diagnóstico Viral

- As amostras frescas coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou qualquer outra localização anatômica devem ser acondicionadas individualmente, em recipientes estéreis e imersas em meio de transporte viral ou solução salina tamponada (PBS pH 7.2) suplementadas com antibióticos.
- Imediatamente após a coleta, os espécimes identificados com sua origem tecidual, devem ser congelados e transportados em gelo seco.

c.4.2. Para diagnóstico diferencial bacteriano

- As amostras frescas coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou qualquer outra localização anatômica devem ser acondicionadas individualmente, em recipientes estéreis e imersas em solução salina tamponada (PBS pH 7.2) sem antibióticos.
- Imediatamente após a coleta, os espécimes identificados com sua origem tecidual, devem ser mantidos e transportados sob refrigeração (4° C) ao laboratório para diagnóstico.

c.4.3. Para diagnóstico histopatológico

- A coleta de amostras para realização do diagnóstico histopatológico deve ser feita observando-se os protocolos em vigência nos serviços locais de patologia.
- Acondicionar as amostras em frasco de vidro com boca larga com formalina tamponada a 10%.
- Utilizar parafina sem compostos adicionais (por exemplo: cera de abelha, cera de carnaúba, etc.) no processo de parafinização dos fragmentos.

c.5. Envio de amostras e documentação necessária

- Resumo do histórico clínico;
 - Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia;
 - Cópia de qualquer resultado laboratorial pertinente;
 - Ficha completa de identificação do indivíduo com o endereço para envio do resultado laboratorial.
- **Nota 1:** Todas as amostras de tecidos deverão ser encaminhadas seguindo as normas de acondicionamento e transporte de substâncias infecciosas da IATA.
- **Nota 2:** Após o embarque da amostra, o Laboratório de Referência deverá ser informado do “número do conhecimento aéreo” para o monitoramento da recepção do material enviado.

c.5.1. Destinatários para envio das amostras

- **Laboratório:** Instituto Evandro Chagas – IEC/SVS/MS
Destinatário: Dr. Wyller Mello
Endereço: Rodovia. BR 316, Km 07, S/N CEP: 67.030.000. Ananindeua – PA
E-mail: wyllemello@iec.pa.gov.br
- **Laboratório:** Laboratório de vírus Respiratórios/ FIOCRUZ/MS
Destinatário: Dra Marilda Siqueira
Endereço: Pavilhão Helio e Peggy Pereira, sala B106 - Av. Brasil, 4365 CEP: 21045-900 Rio de Janeiro
E-mail: mmsiq@ioc.fiocruz.br
- **Laboratório:** Seção de Anatomia Patológica-Divisão de Patologia - Instituto Adolfo Lutz
Destinatário: Dra. Marina Suheko Oyafuso
Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 355- 7º Andar CEP: 012046-902 – São Paulo – SP
E-mail: moyafuso@ial.sp.gov.br

c.5.2. Recebimento dos resultados

Todos os resultados serão encaminhados para as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

c.5.2. Descentralização da realização dos exames laboratoriais

O Ministério da Saúde, no início do mês de julho, orientado pelos três Laboratórios de Referência Nacional iniciou o processo de preparação da rede pública de laboratórios para a realização dos testes diagnósticos para identificação de Influenza A(H1N1), nos casos indicados neste protocolo. Essa descentralização, iniciada na região sul e sudeste, está sendo implantada na medida da disponibilidade mundial de insumos para este fim.

5. INDICAÇÕES PARA O USO DO OSELTAMIVIR

a) Para tratamento

Segundo orientações do fabricante e da Organização Mundial da Saúde, o tratamento deve-se iniciar o mais breve possível dentro das primeiras **48 horas** após o início dos sintomas. Como em toda prescrição terapêutica, atentar para as interações medicamentosas, as contra-indicações formais e os efeitos colaterais descritos na bula do medicamento. Este medicamento pode ainda induzir resistência dos vírus influenza, se utilizado de forma indiscriminada. Segundo a orientação do fabricante, o Oseltamivir deve ser usado durante a gravidez somente se o benefício justificar o risco potencial para o feto.

a.1. Indicação para tratamento:

Todos os indivíduos que apresentarem Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

O Ministério da Saúde reitera que todos os indivíduos que compõem o grupo de risco ou que apresentem fatores de risco para complicações de influenza requerem - obrigatoriamente - avaliação e monitoramento clínico constante de seu médico assistente, para indicação ou não de tratamento com Oseltamivir; além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas. Complementarmente a atenção especial deve ser dada às grávidas, independentemente do período de gestação.

O Ministério da Saúde alerta que as indicações contidas neste protocolo se baseiam: na bula do medicamento conforme seu registro na ANVISA, nas recomendações da OMS, na evidência científica robusta relacionada ao uso racional do medicamento (uso terapêutico e prevenção de resistência medicamentosa) na gripe sazonal, e nas evidências disponíveis, até o momento, para o novo vírus A(H1N1)

Prescrição e dispensação não previstas neste protocolo, ficam sob a responsabilidade conjunta do médico responsável pela prescrição e da autoridade de saúde local.

a.1) Dosagem recomendada

A dose recomendada é de 75mg duas vezes ao dia, por cinco dias, para adultos. Para crianças acima de um ano de idade e menor que 12 anos com menos de 40 kg as doses variam de acordo com o peso, conforme especificação a seguir durante 05 dias :

Tabela de dosagem por peso e frequência diária

Peso	Dose	Frequência
Menos de 15 kg	30mg	Duas vezes ao dia
De 15 a 23 kg	45mg	Duas vezes ao dia
De 23 a 40 kg	60mg	Duas vezes ao dia
Acima de 40 kg	75mg	Duas vezes ao dia

Deve-se ajustar a dosagem do medicamento nas seguintes situações:

- Pacientes que apresentam obesidade mórbida (IMC>40): ajustar de acordo com o peso
- Em pacientes sondados, atenção para a necessidade de dobrar a dose indicada

b) Quimioprofilaxia

Está absolutamente contra indicado o uso do Oseltamivir para quimioprofilaxia em qualquer situação, exceto

O uso deste medicamento para profilaxia está indicado **APENAS** nas seguintes situações:

- Os profissionais de laboratório que tenham manipulado amostras clínicas que contenham a nova Influenza A(H1N1) sem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) ou que utilizaram de maneira inadequada;
- Os trabalhadores de saúde que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção pela nova Influenza A(H1N1) sem ou uso de EPI ou que utilizaram de maneira inadequada;

b.1)) Dosagem recomendada: 75 mg uma vez ao dia, por 10 (dez) dias.

c) Informações adicionais

Os pacientes que desenvolvem efeitos colaterais gastrointestinais graves podem reduzir a absorção oral do Oseltamivir. Porém, atualmente, não há nenhuma evidência científica para sugerir o aumento da dose ou do tempo de utilização do antiviral, nesta situação.

Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, pode ser administrada uma dose adicional, conforme esquema anterior.

Tão importante quanto o tratamento específico para a doença respiratória aguda grave é a adoção oportuna de todas as medidas de suporte clínico ao paciente, segundo avaliação médica de cada caso, além do uso de medidas não farmacológicas.

Importante:

- Se for afastado o diagnóstico de infecção por qualquer vírus influenza, suspender a administração do Oseltamivir;

- Na ficha de notificação, atualizar ou incluir no campo “informações adicionais” as atualizações sobre data de início do tratamento com Oseltamivir e as medidas complementares adotadas.
- A notificação de eventos adversos ao medicamento deve ser feita à ANVISA por meio do endereço eletrônico anvisa@saude.gov.br. Maiores informações acesse www.anvisa.gov.br.

6. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA

a) Informações gerais

Com o aumento do número de casos de influenza A(H1N1), o que gerou um maior conhecimento sobre a epidemiologia viral, observou-se a necessidade de revisão das medidas de precaução e controle a serem instituídas nos serviços de saúde.

Atualmente, as evidências sugerem que o vírus da influenza A(H1N1) está apresentando uma dinâmica de transmissão semelhante à da influenza sazonal. Sendo assim, recomenda-se que sejam instituídas medidas de precaução para gotícula e precaução padrão na assistência a casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus da influenza A(H1N1) nos serviços de saúde. Entretanto, para procedimentos com risco de geração de aerossol, enfatiza-se que deve-se incluir as precauções para aerossóis.

b) Medidas preventivas

É importante destacar que a adoção de medidas de precaução deve estar sempre associada a outras medidas preventivas, tais como:

- Freqüente higienização das mãos.
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Evitar tocar superfícies com luvas ou outro EPI contaminados ou com mãos contaminadas. As superfícies envolvem aquelas próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, porém relacionadas ao cuidado com o paciente (ex. maçaneta, interruptor de luz, chave, caneta, entre outros);
- Não circular dentro do hospital usando os EPI; estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento;
- Restringir a atuação de profissionais de saúde com doença respiratória aguda na assistência ao paciente.

c) Quem deve adotar as medidas de precaução

- Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex.: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, equipe de radiologia, entre outros);
- Toda a equipe de suporte, que necessite entrar no quarto, enfermaria ou área de isolamento, incluindo pessoal de limpeza, nutrição e responsáveis pela retirada de produtos e roupas sujas da unidade de isolamento. Porém recomenda-se que o mínimo de pessoas entre no isolamento;

- Todos os profissionais de laboratório, durante coleta, transporte e manipulação de amostras de pacientes com infecção por influenza A(H1N1);
- Familiares e visitantes que tenham contato com pacientes com infecção por influenza A(H1N1);
- Os profissionais de saúde que executam o procedimento de verificação de óbito.
- Outros profissionais que entram em contato com pacientes com infecção por influenza A(H1N1).

Nota 1: Ressalta-se a necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde.

d) Equipamentos de Proteção Individual - EPI

d.1) Máscara cirúrgica

Deve ser utilizada para evitar a contaminação do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo vírus da influenza.

d.2) Máscara de proteção respiratória (Respirador Particulado)

Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção por influenza deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3).

São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: a intubação traqueal, a aspiração nasofaríngea e nasotraqueal, broncoscopia, a autópsia envolvendo tecido pulmonar e a coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico da influenza, dentre outros.

A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante. Deve ser descartada após o uso.

d.3) Luvas

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão do vírus da influenza para o profissional, assim como, de paciente para paciente por meio das mãos do profissional.

Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, deve ser utilizada luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

As recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são:

- Troque as luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas para evitar a transferência vírus para outros pacientes ou ambientes;
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (as luvas não devem ser reutilizadas);
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos;

- Proceder à higienização das mãos imediatamente após a retirada das luvas, para evitar a transferência do vírus para outros pacientes ou ambientes;
- Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos, abaixo descrita:
- Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
- Segure a luva removida com a outra mão enluvada;
- Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva.

d.4) Protetor Ocular ou Protetor de Face

Os óculos de proteção (ou protetor de face) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.

Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/detergente e desinfecção. Sugere-se para a desinfecção álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.

d.5) Gorro descartável

O gorro deve ser utilizado pelo profissional de saúde apenas em situações de risco de geração de aerossol em pacientes com infecção por influenza A (H1N1).

d.6) Capote/avental

O capote ou avental deve ser usado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional.

O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos.

O capote ou avental sujo deve ser removido após a realização do procedimento. Após a remoção do capote deve-se proceder a higienização das mãos para evitar transferência do vírus A (H1N1) para o profissional, pacientes e ambientes.

e) Higienização das mãos

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete, preparação alcoólica e anti-séptica degermante.

Os profissionais de saúde, pacientes e visitantes devem ser devidamente instruídos e monitorados quanto à importância da higienização das mãos.

e.1. Higienização das mãos com água e sabonete

A higienização das mãos com água e sabonete é essencial quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais. A higienização das mãos com água e sabonete deve ser realizada:

- Antes e após o contato direto com pacientes com influenza, seus pertences e ambiente próximo, bem como na entrada e na saída de áreas com pacientes infectados;
- Imediatamente após retirar as luvas;

- Imediatamente após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções e/ou objetos contaminados, independentemente se o mesmo tiver ocorrido com ou sem o uso de luvas (neste último caso, quando se tratar de um contato inadvertido).
- Entre procedimentos em um mesmo paciente, para prevenir a transmissão cruzada entre diferentes sítios corporais;
- Em qualquer outra situação onde seja indicada a higienização das mãos para evitar a transmissão da influenza para outros pacientes ou ambientes.

e.2. Técnica “Higienização Simples das Mãos com Água e Sabonete”

- Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microrganismos não removidos com a lavagem das mãos;
- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.
- Duração do Procedimento: 40 a 60 segundos.

e.3. Higienização das mãos com preparação alcoólica

Sabe-se que o vírus da influenza sazonal é rapidamente inativado em 30 segundos após anti-sepsia das mãos com álcool 70%. Determinados vírus envelopados (ex: herpes simples, HIV, influenza, vírus respiratório sincicial) são susceptíveis ao álcool quando testados in vitro.

Deve-se higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob as formas gel ou solução) quando estas não estiverem visivelmente sujas.

A higienização das mãos com preparação alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1-3% glicerina) deve ser realizada nas situações descritas a seguir:

- Antes de contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;

- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas.

e.4. Técnica “Fricção Anti-séptica das Mãos (com Preparações Alcoólicas)”

- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
- Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Friccionar os punhos com movimentos circulares;
- Friccionar até secar espontaneamente. Não utilizar papel toalha.
- Duração do Procedimento: 20 a 30 segundos.

Publicações e materiais sobre o tema se encontram no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/publicacoes.htm>

7. MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E PRONTO ATENDIMENTO

As seguintes medidas devem ser observadas pelos serviços de saúde que prestam atendimento ambulatorial e pronto atendimento a casos de síndrome gripal ou doença respiratória aguda grave:

- Estabelecer critérios de triagem para identificação e pronto atendimento dos casos, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão na sala de espera para outros pacientes bem como priorizar o atendimento dos pacientes com síndrome gripal que apresentam fatores de risco ou sinais de agravamento;
- Orientar os profissionais do serviço quanto às medidas de precaução a serem adotadas;
- Colocar máscara cirúrgica nos pacientes suspeitos de síndrome gripal e doença respiratória aguda grave, desde que a situação clínica do caso permita;
- A máscara cirúrgica deve ser utilizada desde o momento da triagem até o encaminhamento para o hospital de referência, quando indicado, desde que a situação clínica do caso permita;
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de precaução para gotícula e higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera.
- Prover lixeira, preferencialmente, com acionamento por pedal para o descarte de lenços e lixo;

- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para as mãos (sob as formas gel ou solução) nas salas de espera e estimular a higienização das mãos após contato com secreções respiratórias;
- Prover condições para higienização simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Manter os ambientes ventilados;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenha sido utilizado na atenção ao paciente;
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, notificar previamente o serviço referenciado.

8. MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS NO TRANSPORTE DE PACIENTES

- Os profissionais envolvidos no transporte devem adotar as medidas de precaução para gotícula e precaução padrão.
- Melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte.
- As superfícies internas do veículo devem ser limpas e desinfetadas após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% ou outro desinfetante indicado para este fim.
- Notificar previamente o serviço de saúde para onde o paciente será encaminhado.

9. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

a) Isolamento em quarto privativo dos casos de doença respiratória aguda grave

O isolamento, quando indicado, deve ser realizado em um quarto privativo com vedação na porta e bem ventilado.

b) Isolamento por coorte

Considerando a possibilidade de aumento do número de casos com complicações, se o hospital não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para atendimento de todos aqueles que requeiram internação, deve ser estabelecido o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade os pacientes com infecção por influenza. Se existir um grande número de pacientes infectados, deve ser definida área específica do hospital para isolamento dos casos. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos.

c) Outras orientações

- O quarto, enfermaria ou área de isolamento devem ter a entrada sinalizada com alerta referindo isolamento para doença respiratória, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência;
- Também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução (gotículas e padrão) a serem adotadas;
- Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria e área de isolamento devem ser disponibilizadas: condições para higienização das mãos: dispensador de preparação

alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;

10. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

a) Informações gerais

Não há uma orientação especial quanto processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a pacientes com infecção por influenza, sendo que o mesmo deve ser realizado de acordo com as características e finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos.

Equipamentos, produtos para saúde ou artigos para saúde utilizados em qualquer paciente deve ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes. Por isso é importante frisar a necessidade da adoção das medidas de precaução na manipulação dos mesmos.

O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas de retirada e de todas as etapas do processamento dos equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência.

b) Limpeza e desinfecção

A orientação sobre a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com pacientes com infecção por influenza A(H1N1) é a mesma utilizada para outros tipos de doença respiratória.

Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento para influenza seja concorrente, imediata ou terminal. A limpeza concorrente é aquela realizada diariamente; a limpeza terminal é aquela realizada após a alta, óbito ou transferência do paciente; e a limpeza imediata é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizado a limpeza concorrente.

A desinfecção de superfícies das unidades de isolamento deve ser realizada após a sua limpeza. Os desinfetantes com potencial para desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, alcoóis, alguns fenóis e alguns iodóforos e o quaternário de amônio. Sabe-se que o vírus da influenza sazonal é inativado pelo álcool a 70% e pelo cloro. Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies do isolamento com detergente neutro seguida da desinfecção com uma destas soluções desinfetantes.

No caso da superfície apresentar matéria orgânica visível deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção desta. Ressalta-se a necessidade da adoção das medidas de precaução.

c) Processamento de roupas

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral. Ressaltam-se as seguintes orientações:

- Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as medidas de precauções descritas anteriormente
- Roupas provenientes do isolamento não devem ser transportadas através de tubos de queda.

- Devido ao risco de promover partículas em suspensão e contaminação do trabalhador não é recomendada a manipulação, separação ou classificação de roupas sujas provenientes do isolamento. As mesmas devem ser colocadas diretamente na lavadora.

d) Tratamento de resíduos

O vírus da influenza sazonal é enquadrado como agente biológico classe 2 e o risco de transmissibilidade deste agente a partir dos resíduos é baixo. Portanto, os resíduos provenientes da atenção a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus influenza A (H1N1) devem ser enquadrados na categoria A4, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004 (disponível em <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php> <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>). Os mesmos devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

Estes resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de resíduos sólidos de serviços de saúde. Ressalta-se que conforme a RDC/Anvisa nº 306/04 os serviços de saúde devem elaborar um plano de gerenciamento de resíduos.

MÓDULO 2

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA DE INFLUENZA

INTRODUÇÃO

A influenza humana manifesta-se por meio de surtos, epidemias e pandemias periódicas, acometendo de forma diferenciada distintos grupos populacionais. Por outro lado, o conhecimento epidemiológico e as tecnologias disponíveis para a vigilância, a prevenção e o controle desta doença tem permitido, nos últimos anos, a organização de respostas para limitar sua disseminação na população, particularmente em alguns grupos de risco para as complicações e óbitos pela doença.

As medidas de vigilância contidas neste documento são complementares ao monitoramento da circulação dos vírus influenza, realizada por meio das unidades sentinelas. Com isso, pretende-se ampliar e integrar um conjunto maior de dados que permitam gerar informações epidemiológicas mais consistentes sobre a ocorrência desta doença no país, adotando-se as medidas de prevenção e controle mais pertinentes a cada situação.

Estratégias integradas adotadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

- Vigilância de doença respiratória aguda grave;
- Investigação de surtos de síndrome gripal;
- Monitoramento das internações e da mortalidade por influenza e pneumonia;
- Vigilância de síndrome gripal em unidades sentinelas.

I. VIGILÂNCIA DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

a) Objetivo: monitorar o padrão de gravidade da doença, detectando eventuais mudanças na virulência dos vírus influenza.

b) Informações gerais

A investigação epidemiológica de doença respiratória aguda grave é uma atividade que será iniciada nas unidades hospitalares de referência, designadas pela Secretaria de Estado da Saúde. Esta atividade deve ser realizada, preferencialmente, pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) em conjunto com a vigilância epidemiológica local.

Os dados coletados devem ser registrados na “Ficha de Investigação Influenza Humana por novo subtipo (pandêmico)”, disponível no “banner” de Influenza no site www.saude.gov.br.

Além dos dados que constam na ficha de investigação, o investigador deverá estar atento para:

- Detalhamento da evolução clínica;
- Condição sócio-econômica;
- Medicamentos em uso;
- Possível exposição a outros agentes infecciosos;
- Exposição ocupacional
- Exposição a animais (aves e suínos)
- Situação epidemiológica local (condições ecológicas favoráveis e incidência de outras doenças infecciosas que podem levar a quadros respiratórios agudos: história de visitas a cavernas, presença de roedores, etc.)
- Verificar se o(s) caso(s) atende(m) à definição de Pneumonia Relacionada a Cuidados de Saúde.
- Outras informações pertinentes.

A ficha de investigação dos casos de doença respiratória aguda grave deve ser digitada no Sinan em até 24h. As principais informações adicionais devem ser registradas, de modo objetivo, no campo “**Observações Adicionais**”.

c) Definições

c.1. Caso de doença respiratória aguda grave

Indivíduo de qualquer idade com doença respiratória aguda caracterizada por febre superior a 38°C, tosse **E** dispnéia, acompanhada ou não de dor de garganta ou manifestações gastrointestinais.

Sinais e sintomas que devem ser observados:

- Aumento da frequência respiratória (> 25 irpm)
- Hipotensão em relação a pressão arterial habitual do paciente
- Em crianças além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas abaixo:

Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;

Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

Alerta: deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem fatores de risco para a complicação por influenza.

c.2. Caso confirmado de doença respiratória aguda grave por Influenza

- Indivíduo com a infecção pelo novo vírus Influenza A(H1N1) ou outro vírus influenza, confirmado por laboratório.
- Caso suspeito para o qual não foi possível ou não foi indicado coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial **E** que tenha sido contato próximo de um caso laboratorialmente confirmado ou pertença à mesma cadeia de transmissão (clínico epidemiológico).

c.3. Caso descartado de doença respiratória aguda grave por influenza

- Caso suspeito em que não tenha sido detectada infecção por novo vírus influenza A (H1N1) ou outro vírus influenza **OU**
- Caso suspeito em que tenha sido diagnosticada outra doença **OU**
- Casos suspeitos com vínculo epidemiológico a um caso descartado laboratorialmente.

c.4) Contato próximo de caso suspeito ou confirmado de doença respiratória aguda grave

Para a caracterização de contato, inicialmente toma-se por referência em que momento ocorreu a exposição à fonte de infecção - ou seja, ao caso suspeito ou confirmado.

Verificar se houve exposição durante o período de transmissão da doença (c.6).

Considera-se como contato próximo a pessoa que cuida, convive ou que teve contato direto ou indireto com secreções respiratórias de um caso suspeito ou confirmado.

c.5. Período de transmissão da influenza

Adultos: um dia antes até o 7º dia de início dos sintomas.

Crianças (menores de 12 anos): um dia antes até o 14º dia de início dos sintomas.

d) Condutas frente a identificação de contatos próximos com sinais e sintomas de doença respiratória aguda:

- **Forma grave:** após avaliação médica, se o contato apresentar SRAG, adotar as condutas previstas no Módulo I (Manejo Clínico).
- **Síndrome gripal com fatores de risco para as complicações:** após avaliação médica, se o contato apresentar síndrome gripal e possuir algum fator de risco para complicações (ver item 3b), observar o item 5.a do Módulo I (Manejo Clínico)..
- **Síndrome gripal sem fator de risco:** após avaliação médica, se o contato apresentar sinais e sintomas apenas de síndrome gripal, orientar para evitar locais com aglomerações de pessoas e que, se possível, permaneça no domicílio.

II. DETECÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE SÍNDROME GRIPAL

a) Informações Gerais

A identificação inicial de um surto geralmente é feita por profissionais de saúde, ao observarem um aumento da demanda por um determinado problema de saúde, em unidades de atenção básica ou hospitalar, ou mediante o atendimento de casos de doenças desconhecidas cuja apresentação clínica e evolução diferem da habitual, principalmente quanto à gravidade.

O próprio grupo afetado pode perceber o aumento do número de casos da doença e demandar alguma intervenção das autoridades de saúde. A imprensa também tem um papel importante para alertar os técnicos e gestores do sistema de saúde quanto a ocorrência de um possível surto, ao amplificar rumores de doenças na comunidade.

Diante do cenário atual da Influenza A(H1N1), o Ministério da Saúde orienta às Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal que sejam reforçadas as estratégias para a identificação e notificação de surtos com o intuito de otimizar o manejo da emergência e garantir o conhecimento sobre a doença no país, principalmente nas situações inusitadas que requeiram medidas específicas de prevenção e controle.

Cabe à vigilância analisar a situação para confirmar ou descartar a existência do surto e adotar as medidas de controle cabíveis. Surtos de influenza podem ocorrer em comunidades com distintas características, o que implica em distintas abordagens e estratégias de controle.

b. DEFINIÇÕES

b.1) Definição de caso de síndrome gripal

Para efeito da vigilância da influenza, a síndrome gripal (SG) é definida como ***“indivíduo com doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos”***, e abrange as seguintes infecções respiratórias agudas com seus respectivos CID:

Tabela infecções respiratórias agudas e CID-10 VER

CID-10	AGRAVO
J00	Nasofaringite aguda (resfriado comum)
J02.9	Faringite aguda não especificada
J03.9	Amigdalite aguda não especificada
J04.0	Laringite aguda
J04.1	Traqueíte aguda
J04.2	Laringotraqueíte aguda
J06	Infecção aguda das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas

b.2) Definição de surto de síndrome gripal

Será definido como surto de síndrome gripal a ocorrência de, pelo menos, **3 (três) casos** de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até cinco dias entre as datas de início de sintomas.

Exemplos de ambientes fechados/restritos: asilos e clínicas de repouso, creches, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresas ou indústrias, no mesmo setor de hospitais, entre outros.

Obs.: Em ambiente hospitalar, considerar a ocorrência de pelo menos **3 casos** de SG ocorridos no mesmo setor vinculados epidemiologicamente e que ocorreram, no mínimo, **72 h** após a data de admissão.

b.3.. Critério de confirmação para surto de SG

Resultado positivo **em pelo menos uma** das três amostras coletadas para investigação de vírus influenza em casos de SG. Nesta situação, todos os demais casos suspeitos relacionados ao surto (ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão) deverão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

b.4. Critério de descarte de surto de SG

Resultado negativo para vírus influenza nas amostras coletadas, conservadas e transportadas de modo adequado ao laboratório de referência. Nesta situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

c). ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

c.1. Caracterização clínico-epidemiológica inicial:

Para caracterizar e descrever o evento, a autoridade de saúde local deverá registrar:

- Dados de identificação;
- Antecedentes de exposição;
- Tipo de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, etc.);
- A caracterização clínica dos casos suspeitos, atentando para a existência, no grupo acometido, de pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações da doença;

ATENÇÃO

- Verificar se a notificação do surto corresponde à definição padronizada;
- Verificar a história vacinal (contra influenza) dos casos;
- Destacar outras informações relevantes detectadas durante a investigação epidemiológica, que não estão contempladas na ficha de investigação de influenza.

Para efeito operacional, diante da ocorrência de surtos de síndrome gripal serão considerados na cadeia de transmissão apenas os casos identificados no momento da investigação, não sendo necessária a inclusão dos demais casos identificados posteriormente, mesmo que tenham vínculo epidemiológico.

c.2. Coleta de amostras clínicas em situação de surto

As amostras de secreção nasofaríngea devem, neste caso, ser coletadas preferencialmente **até o 3º (terceiro) dia após o início dos sintomas**. Eventualmente, este período poderá ser ampliado até, no máximo, sete dias após o início dos sintomas.

Devem ser coletadas amostras clínicas de no máximo **3 (três) casos** de SG que estiverem até o 7º dia de início dos sintomas (preferencialmente até o 3º dia). Sugere-se que esta coleta seja tomada de casos situados em distintos pontos da mesma cadeia de transmissão.

Em situações de surto sugere-se que as coletas de amostras clínicas sejam realizadas na unidade de saúde mais próxima ou dentro do próprio ambiente, se houver condições de minimizar a transmissão do agente infeccioso durante o procedimento.

Os procedimentos para coleta, acondicionamento e transporte de amostra encontram-se descritos no Módulo 1.

d. CONTROLE DE SURTOS EM COMUNIDADES FECHADAS/RESTRITAS

Em estabelecimentos de ensino, creches, ambientes de trabalho (empresas, indústrias), asilos, quartéis, ambientes prisionais, quando a investigação epidemiológica identificar a ocorrência de surtos de SG com vínculo epidemiológico (temporal **E** espacial), devem ser adotadas pela vigilância em saúde local medidas de controle baseadas em intervenções não farmacológicas, para reduzir o risco de transmissão na população (ver Monitoramento das Internações e Mortalidade item IV), que podem incluir a suspensão temporária de atividades. Quando esta ação for indicada deve-se considerar:

- As características do surto (número de pessoas afetadas, características dos ambientes, existência de pessoas com fatores de risco, taxas de ataque);
- Garantir o sigilo da identidade dos casos confirmados e evitar condutas discriminatórias dos mesmos;
- A análise do tempo de duração da suspensão temporária das atividades deve considerar, além de outros aspectos, as características da doença (apresentação clínica, transmissibilidade a partir da data de início dos sintomas: adultos até o 7º dia e crianças até o 14º dia, etc.);
- Devem ser reforçadas as orientações sobre as medidas de prevenção não farmacológicas.

e) TRATAMENTO DE CASOS, EM SITUAÇÃO DE SURTO

Se, durante a investigação de surto em comunidades fechadas/ambientes restritos, forem detectados casos de doença respiratória aguda grave ou indivíduos com síndrome gripal com fatores de risco para complicações da doença - que requeiram tratamento específico - proceder conforme as orientações específicas contidas no item 5.a do Módulo 1.

f) MEDIDAS ADICIONAIS: dependerão dos achados da investigação epidemiológica e da investigação clínico-laboratorial.

g) NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE

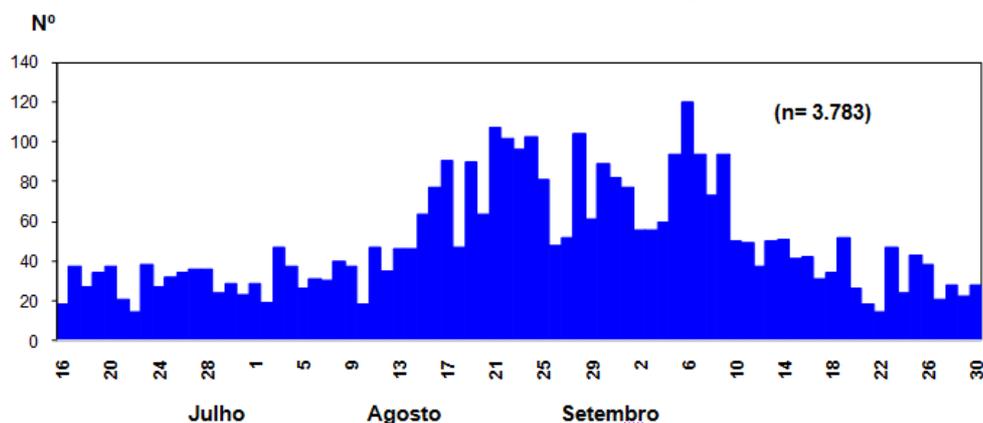
g.1) Informações gerais

A notificação dos casos de síndrome gripal referentes ao surto será realizada no Sinan Web, conforme as orientações contidas no Protocolo de Notificação e Investigação de Influenza, disponível no site www.saude.gov.br/svs.

g.2) Aspectos que devem ser considerados na análise

- Descrever os casos segundo pessoa, tempo e lugar, procurando responder as seguintes perguntas: quem foi afetado? (pessoa), quando foram afetados? (tempo) e onde foram afetados? (lugar).
- Descrever se há existência de doenças de base no grupo afetado que sejam preditoras de gravidade;
- Descrever história de contato, nos 30 dias anteriores, com animais doentes ou mortos; história de vacinação contra a influenza sazonal e outras informações consideradas relevantes para caracterizar a situação.
- Definir a data de início do surto, o período de duração e a data provável de exposição dos casos secundários, através da construção da curva epidêmica. Para isto, pode ser usado um gráfico tipo histograma, apresentando os casos por data do início dos sintomas (Exemplo de histograma). A curva epidêmica possibilita caracterizar a magnitude do surto, a tendência temporal e os intervalos de tempo entre exposição e adoecimento, indicando períodos de incubação e de transmissibilidade.

Exemplo de histograma: Distribuição do número de casos de síndrome gripal, segundo data de atendimento no Pronto Socorro de Araraquara/SP, no período de 16/07 a 30/09/2004



Realizar a distribuição espacial dos casos ajuda a entender como ocorreu a disseminação do agente infeccioso, identificando situações particulares e possibilitando o cálculo das taxas de ataque específicas por área ou faixa etária. Dependendo da situação, pode-se utilizar mapas ou planta arquitetônica, por exemplo.

A taxa de ataque é um caso particular de aplicação da taxa de incidência, quando se dispõe exatamente do total de expostos a um determinado evento. Sua fórmula de cálculo é:

$$\text{Taxa de Ataque} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas doentes em determinado período e local}}{\text{n}^\circ \text{ total de pessoas expostas no mesmo período e local}} \times 100$$

Na investigação de doenças infecciosas agudas de transmissão direta esta taxa de ataque pode ser desdobrada em:

$$\begin{array}{l} \text{Taxa de Ataque} \\ \text{Primário} \end{array} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas doentes em determinado período}}{\text{período e local, após a introdução do primeiro caso} \times 100} \\ \text{Total de pessoas expostas no mesmo período e local}$$

$$\begin{array}{l} \text{Taxa de Ataque} \\ \text{Secundário} \end{array} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas doentes em determinado período}}{\text{período e local, após o adoecimento do primeiro caso} \times 100} \\ \text{Total de pessoas expostas no mesmo período e local}$$

OBS.: Chama-se a atenção que o cálculo da taxa de ataque deve considerar no denominador, como expostos, os que estão numa mesma enfermaria ou num mesmo ambiente de trabalho, e não todos os pacientes de um hospital ou de uma empresa por exemplo.

g.3) PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Este item abrange vários tipos de informação, com distintas estratégias de comunicação. Os procedimentos de informação e comunicação em saúde incluem atividades voltadas para públicos específicos (população em geral, segmentos específicos da sociedade, profissionais de saúde, gestores). Pressupõem, portanto, a utilização de diferentes linguagens e mídias e devem ser desenvolvidas no transcorrer de toda a investigação, pois a informação é dinâmica. As principais formas para disseminar informações são:

- Relatório técnico direcionado aos profissionais e gestores de saúde, com a síntese do problema, metodologia utilizada na investigação, principais achados e recomendações. A documentação da investigação pode subsidiar o esclarecimento futuro de novas investigações de problemas semelhantes, além de contribuir para o aperfeiçoamento do conhecimento sobre a transmissão da doença, compartilhamento de experiências e para uso legal.
- Utilização de folders ou cartazes em creches, escolas, presídios, asilos, hospitais, com o intuito de orientar as pessoas sobre cuidados básicos de higiene e a buscar atendimento médico caso apresentem os sintomas de síndrome gripal;

Embora descritas seqüencialmente, as etapas de investigação de surtos podem ser simultâneas em muitos momentos. Por exemplo, a produção e disseminação de informação, através de técnicas adequadas de comunicação, são atividades desenvolvidas desde o início do processo de investigação. Do mesmo modo, medidas de prevenção e controle podem ser tomadas imediatamente, mesmo que de forma provisória, se existem evidências consistentes das possíveis causas do surto.

III. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA

a) INFORMAÇÕES GERAIS

As medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas, baseadas em intervenções não farmacológicas, para reduzir o risco de adquirir ou transmitir doenças agudas de transmissão respiratória, incluindo o novo vírus influenza A(H1N1), são:

- Higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz **E** após tossir, espirrar ou usar o banheiro

- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e nariz ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de aerossóis;
- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar entrar em contato com outras pessoas suscetíveis;
- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar aglomerações e ambientes fechados
- Manter os ambientes ventilados;
- Indivíduos que sejam casos suspeitos ou confirmados devem ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos.

Importante: Recomenda-se que o indivíduo doente com SG, se possível, permaneça em domicílio durante os 7 dias após o início dos sintomas.

b) Cuidados no domicílio

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca.
- Lavar as mãos freqüentemente com sabonete e água, especialmente depois de tossir ou espirrar.
- Manter o ambiente ventilado
- Evitar contato próximo com pessoas.

c) Cuidados em Creches

- Encorajar cuidadores e crianças a lavar as mãos e os brinquedos com água e sabonete quando estiverem visivelmente sujas;
- Encorajar os cuidadores a lavar as mãos após contato com secreções nasais e orais das crianças, principalmente quando a criança está com suspeita de síndrome gripal;
- Orientar os cuidadores a observar se há crianças com tosse, febre e dor de garganta, principalmente quando há notificação de surto de síndrome gripal na cidade; os cuidadores devem notificar os pais quando a criança apresentar os sintomas citados acima;
- Evitar o contato da criança doente com as demais. Recomenda-se que a criança doente fique em casa, a fim de evitar a transmissão da doença;
- Orientar os cuidadores e responsáveis pela creche que notifiquem a secretaria de saúde municipal caso observem um aumento do número de crianças doentes com síndrome gripal ou com absenteísmo pela mesma causa;

d) Cuidados com gestantes, parturientes e recém-nascidos:

Gestante:

- Buscar o serviço de saúde caso apresente sintomas de síndrome gripal;
- Na internação para o trabalho de parto, priorizar o isolamento se a mesma estiver com diagnóstico de influenza;

Puérpera:

- Após o nascimento do bebê, se a mãe estiver doente, usar máscara e lavar bem as mãos com água e sabonete antes de amamentar e após manipular suas secreções; estas medidas devem ser seguidas até sete dias após o início dos sintomas da mãe;
- A parturiente deve evitar tossir ou espirrar próximo ao bebê;

Recém nascidos:

- Priorizar o isolamento do bebê junto com a mãe (não utilizar berçários);
- Os profissionais e mães devem lavar bem as mãos e outros utensílios do bebê (mamadeiras, termômetros);

IV. MONITORAMENTO DAS INTERNAÇÕES E DA MORTALIDADE POR INFLUENZA E PNEUMONIA

Este monitoramento das internações e da mortalidade por **influenza e pneumonia (I&P)** é um dos componentes do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza no Brasil e seu objetivo é avaliar a tendência destes problemas de saúde pública na população em geral e identificar eventuais mudanças no seu padrão de ocorrência.

1. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO

a) Por meio dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE)

Os NHE integram a rede de monitoramento de emergências em Saúde Pública e estão implantados atualmente em 192 unidades hospitalares. Cabe a esses Núcleos, no âmbito hospitalar, notificar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC), em particular aquelas que representam agravos inusitados. A rotina de operação dos NHE inclui a busca ativa de DNC, a investigação epidemiológica inicial e a análise da morbidade e da mortalidade hospitalar.

a.1) Indicadores para o monitoramento das doenças respiratórias agudas graves e dos casos diagnosticados de influenza e pneumonia:

- Proporção de Doença Respiratória Aguda Grave em relação ao total de internações em clínica médica, pediatria e geriatria
- Proporção de Doença Respiratória Aguda Grave em relação ao total de internações por faixa etária
- Proporção de casos de P&I em relação ao total de casos de Doença Respiratória Aguda Grave
- Proporção de óbitos por Doença Respiratória Aguda Grave em relação ao total de internações de clínica médica, pediatria e geriatria
- Proporção de óbitos por Doença Respiratória Aguda Grave em relação ao total de internações por faixa etária

b) Sistema de Informações Hospitalares - SIH

Este Sistema, que cobre a população usuária no SUS que necessita de internação hospitalar, pode ser usado de forma rotineira para a avaliação das grandes tendências da morbidade e verificação de mudanças na gravidade de determinadas doenças, apesar das suas limitações. A VE das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde deve executar, por meio do Tabwin, as tabulações referentes às internações mensais totais e por influenza e pneumonias, de acordo com

as seguintes variáveis mínimas para análise: local de ocorrência (UF/Município de residência), faixa etária, data da internação, tempo médio de internação e mortalidade hospitalar. A unidade espacial de análise deve ser o município. Podem ser utilizadas técnicas mais simplificadas de análise como a verificação da tendência temporal e diagramas de controle até as mais complexas, como modelos de regressão.

b.1. Indicadores básicos para comparação entre períodos distintos

- Proporção de internações por I&P em relação ao total de internações de clínica médica, pediatria e geriatria
- Proporção de internações por I&P por faixa etária
- Taxa de mortalidade hospitalar por I&P, por faixa etária (letalidade)
- Taxa de internação por I&P total e por faixa etária

Obs.: deve ser utilizada a base estadual das internações, que é mais oportuna que a base nacional

c) Sistema de Informações de Mortalidade - SIM

Este sistema registra todos os óbitos ocorridos no país e é útil para analisar as grandes tendências da mortalidade geral e específica. Propõe-se que a VE das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde executem, por meio do Tabwin, as tabulações referentes aos óbitos mensais totais por influenza e pneumonias de acordo com as seguintes variáveis mínimas para análise: causa básica, local de ocorrência e faixa etária. A unidade espacial de análise deve ser o município de residência. Podem ser utilizadas técnicas mais simplificadas de análise como a verificação da tendência temporal até modelos de regressão.

c.1. Indicadores básicos para comparação entre períodos distintos

- Proporção de óbitos por I&P em relação ao total de óbitos
- Proporção de óbitos por I&P em relação ao total de óbitos por faixa etária
- Taxa global e por faixa etária de mortalidade por I&P

d) Relação dos CID para o monitoramento das internações e óbitos por influenza e pneumonia

Tabela de CID-10 de influenza e pneumonia

G05.1	J10.8	J14	J17.1
I41.1	J11.0	J15 (todos)	J18.1
JO9	J11.1	J16.0	J18.9
J10.0	J12 (todos)	J16.8	
J10.1	J13	J17.2	

V. VIGILÂNCIA SENTINELA PARA INFLUENZA

O Sistema de Vigilância Sentinela (SVS/FLU) possui 62 unidades e tem como um de seus objetivos monitorar as cepas do vírus influenza circulantes, visando a adequação imunogênica da vacina contra influenza utilizada anualmente, além da identificação de novas cepas de vírus influenza.

Esse sistema está implantado em todos os 26 estados e no Distrito Federal além de 03 (três) municípios de fronteira. Para toda unidade sentinela, é preconizada a coleta de no mínimo, 05 (cinco) amostras de secreção nasofaríngea de indivíduos que apresentem Síndrome Gripal (SG) por semana epidemiológica. A meta é coletar pelo menos 80% das amostras preconizadas nas unidades sentinelas do SVE/FLU.

Também é preconizado o registro do número de atendimentos por SG na unidade, por faixa etária, a cada semana epidemiológica. Estes números são comparados ao total de atendimentos realizados na unidade (nas áreas de clínica médica e pediatria) nas mesmas faixas etárias por semana epidemiológica.

A análise dos dados de atendimento e coleta registrados no sistema de informação do SVE/FLU (SIVEP_GRIPE) tem apontado para a necessidade de fortalecimento das ações preconizadas para esta vigilância, considerando que esta é uma estratégia que pode captar casos de influenza pelo novo vírus de influenza A(H1N1) na comunidade.

VI. TELEFONES E LINKS ÚTEIS

- **Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde /SVS/MS:**
0800 644 66 45
- **DISQUE NOTIFICA 0800 61 1997**
- **Ministério da Saúde:** www.saude.gov.br
- **Secretaria de Vigilância em Saúde:** www.saude.gov.br/svs
- **ANVISA:** www.anvisa.gov.br

Endereços com informações específicas:

- Portal com informações sobre influenza do Ministério da Saúde
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534
- Informações aos viajantes na ANVISA:
<http://www.anvisa.gov.br/viajante>
- Plano de Preparação para o Enfrentamento da pandemia de influenza:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_flu_final.pdf
- Publicações e materiais sobre o tema se encontram no seguinte endereço eletrônico:
<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/publicacoes.htm>