

NORMA TÉCNICA
INFLUENZA PANDÊMICA H1N1 2009

SÃO PAULO
2010

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
“PROF. ALEXANDRE VRANJAC**

NORMA TÉCNICA
INFLUENZA PANDÊMICA H1N1 2009

**São Paulo
2010**

Governo do Estado de São Paulo
Alberto Goldman

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadoria de Controle de Doenças
Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Ana Freitas Ribeiro

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória – DDTR/CVE/CCD/SES-SP
Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas

Divisão de Infecção Hospitalar – DIH/CVE/CCD/SES-SP
Denise Brandão de Assis

Divisão de Imunização – DI/CVE/CCD/SES-SP
Helena Keico Sato

Central de Vigilância Epidemiológica – CIEVS/CVE/CCD/SES-SP
Alessandra Cristina Guedes Pellini

Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica – NIVE/CVE/CCD/SES-SP
Paula Araújo Opromolla

Instituto Adolfo Lutz – IAL/CCD/SES-SP
Marta Lopes Salomão

Centro de Vigilância Sanitária
Maria Cristina Megid

Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP
Cecília Abdalla
Cláudia Malinverni
Leticia Maria de Campos
Marcos Rosado
Sylia Rehder

Revisão Científica
Ana Freitas Ribeiro

Editoração Gráfica
Marcos Rosado

Sumário

Apresentação	4
Introdução	5
1. Manejo Clínico, Diagnóstico e Tratamento de Casos de SRAG.....	6
2. Definições de caso.....	6
3. Orientações para o manejo clínico.....	7
4. Diagnóstico Laboratorial.....	9
5. Tratamento e quimioprofilaxia	15
-Distribuição do oseltamivir	18
6. Resumo do Manejo Clínico, Diagnóstico e Tratamento.....	23
7. Medidas de Prevenção e Controle	24
-Assistência	24
-Isolamento hospitalar	29
-Transporte de pacientes	30
-Critérios de alta	30
8. Estratégias de vacinação.....	32
-Eventos Adversos.....	37
9. Vigilância Epidemiológica Integrada da Influenza	37
-Definições de caso.....	39
-Detecção e investigação de surtos	41
-Medidas de prevenção e controle	46
-Recomendações para grávidas, puérperas e recém nascidos	47
10. Monitoramento - indicadores qualitativos.....	56
11. Monitoramento internações/mortalidade.....	56
12. Vigilância Sentinela da Influenza	59
13. Recomendações	59
14. Comunicação e divulgação de informações.....	60
15. Informações adicionais.	60
Agradecimentos especiais	61
Bibliografia	62
Anexos	64

Apresentação

A emergência do vírus influenza pandêmico A (H1N1) 2009 e posterior disseminação global despertou precocemente na comunidade científica questões importantes sobre a disseminação e a transmissão da doença, aliadas às incertezas sobre a gravidade, complicações clínicas, fatores de risco, efetividade do tratamento antiviral e medidas de controle adotadas.

A evolução da pandemia variou entre os diferentes países, assim como as intervenções.

De forma geral, a pandemia de influenza em 2009 caracterizou-se pela predominância de casos leves a moderados e com letalidade baixa.

Com base na literatura disponível, a influenza pandêmica H1N1 tem características similares às da influenza sazonal em termos de apresentação clínica e transmissão intradomiciliar, porém muitas lacunas ainda existem sobre os aspectos epidemiológicos e virológicos do vírus influenza A(H1N1) 2009 e co-circulação com os da influenza sazonal na comunidade.

Frente a possibilidade de recrudescimento de casos de influenza pandêmica H1N1 2009 na presente sazonalidade no hemisfério sul e de acordo com as diretrizes internacionais e nacional, o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com a Coordenadoria de Controle de Doenças, Instituto Adolfo Lutz, Centro de Vigilância Sanitária e demais coordenadorias, orientou a revisão e atualização da instrução normativa estadual, no sentido de adequação à situação epidemiológica vigente.

O objetivo desta é divulgar as ações referentes ao manejo clínico, diagnóstico e tratamento adequados dos casos suspeitos e confirmados de influenza pandêmica H1N1, a vigilância epidemiológica integrada da influenza no estado, com ênfase nas situações de risco, notadamente os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e de surtos de síndrome gripal em comunidades restritas.

Por fim, espera-se que esta instrução normativa venha agregar os setores envolvidos numa resposta conjunta e consistente, no sentido da garantia e sustentabilidade das ações nela preconizadas.

São Paulo, 18 de junho de 2010.

Ana Freitas Ribeiro
Diretora Técnica-CVE.

Introdução

Nos últimos meses de 2009 e início de 2010 acompanhou-se a dinâmica da segunda onda da influenza pandêmica H1N1 2009 no inverno do hemisfério norte e avaliaram-se as atividades desenvolvidas pelos países no seu enfrentamento, incluindo a introdução de vacinação contra o vírus pandêmico, além da utilização dos antivirais.

Naquelas regiões, no momento, a atividade pandêmica encontra-se em declínio, porém, a transmissão do vírus permanece.

A atividade pandêmica mais intensa continua a ser registrada em diferentes locais do mundo, tais como o Norte da África e o Sudeste da Ásia, e em partes do Leste e do Sudeste da Europa.

Desta maneira, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a pandemia continua, e avalia que seu impacto em saúde pode ser classificado como moderado, se comparado ao impacto observado em pandemias passadas, porém, que as ações adotadas pelos países no seu enfrentamento não devam ser descontinuadas.

No mundo e no Brasil a infecção pela influenza pandêmica H1N1 2009 caracteriza-se por predominância de casos clinicamente leves e baixa letalidade. Este fenômeno pode favorecer a recombinação genética, podendo levar ao surgimento de novas ondas epidêmicas e à eventual alteração da virulência. Esses fatores podem, ainda, levar ao aumento da demanda por serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, principalmente no caso de indivíduos com fatores de risco para complicações e óbito pela doença.

A transmissão sustentada da influenza pandêmica H1N1 e a Fase de Mitigação da pandemia no país foram declaradas em 16/7/2009 pelo Ministério da Saúde (MS), com adequação das condutas para sua mediação.

Na preparação para o enfrentamento da segunda onda no Brasil, foi introduzida, em março de 2010, a estratégia de imunização contra a influenza pandêmica H1N1, inicialmente para grupos prioritários, com o intuito de manter o funcionamento de serviços de saúde envolvidos na resposta à pandemia e de atingir a parcela mais vulnerável da população saudável, além das gestantes e da população indígena.

Considerando, além disso, a necessidade de ações que contemplem o possível recrudescimento da atividade viral nos próximos meses de inverno, o Centro de Vigilância Epidemiológica, a Coordenadoria de Controle de Doenças e a Secretaria de Estado da Saúde atualizam as orientações para o manejo clínico e a vigilância epidemiológica da influenza pandêmica H1N1 2009 no Estado de São Paulo, com base nas diretrizes do MS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS, preparando-se para uma possível nova onda pandêmica.

***INFLUENZA PANDÊMICA H1N1 2009
NORMA TÉCNICA – Versão I - 2010***

1. MANEJO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

1.1. 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;
- acompanhar os casos de SRAG com internação hospitalar.

2. DEFINIÇÕES DE CASO

A avaliação dos casos para sua classificação como suspeito para investigação de Influenza pandêmica H1N1 2009 independe da situação vacinal do indivíduo.

2.1. SÍNDROME GRIPAL

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.

2.2. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade com Síndrome Respiratória Aguda caracterizada por febre alta, mesmo que referida, tosse e dispnéia, acompanhada ou não dos sinais e sintomas abaixo:

- a) aumento da frequência respiratória (de acordo com a idade);
- b) hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; e
- c) em crianças, além dos itens acima, observar também os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

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

- **Alterações laboratoriais:** leucocitose, leucopenia ou neutrofilia; e
- **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.

2.2.1. GRUPOS E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES POR INFLUENZA PANDÊMICA H1N1 2009

Grupo de risco – Pessoas que apresentem as seguintes condições clínicas:

- **Imunossupressão:** por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para Aids ou em uso de medicação imunossupressora;
- **Condições crônicas:** por exemplo, hemoglobinopatias, problemas cardiovasculares, pneumopatias, insuficiência hepática, doenças renais crônicas, doenças neurológicas, doenças metabólicas (diabetes *mellitus* e obesidade grau III (Índice de Massa Corporal maior ou igual a 40) e doenças genéticas (Síndrome de Down);
- **Indígenas** (população aldeada).

Fatores de Risco:

- **Idade:** inferior a 2 ou superior a 60 anos de idade; e
- **Gestação:** independente da idade gestacional.

2.2.2. NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

- **Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com internação hospitalar e óbitos por SRAG** devem ser notificados individual e imediatamente, de preferência em até 24 horas no **Sinan on-line**, com a utilização da **Ficha de Investigação Individual- FII (Anexo I)**.
- **Surto de Síndrome Gripal (SG)** deve ser notificado de forma agregada, no **módulo de Surto** no **SinanNET**, assinalando-se no campo *Código do Agravado/Doença* o **CID J06 (Anexos II e III)**.

3. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O MANEJO CLÍNICO

3.1. INDIVÍDUO COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS COMPATÍVEIS COM SG

Os indivíduos que apresentem sintomas de gripe, inicialmente, devem ser acompanhados pela Atenção Básica.

O local de atendimento inicial deve organizar seu fluxo para o atendimento da demanda espontânea, de maneira a identificar e priorizar o atendimento dos casos mais graves, seguindo a lógica da classificação de risco.

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

Atenção especial deve ser dada às grávidas, independente do período de gestação.

Os casos de SRAG deverão ser encaminhados para o Hospital, **especialmente se apresentarem uma ou mais das condições abaixo:**

Avaliação em adultos:

- Alteração do nível de consciência, sonolência, convulsão ou paralisia;
- Frequência respiratória > 30 irpm;
- PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg;
- Idade > 60 anos.
- Presença de comorbidades e imunossupressão.

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, letargia;
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou para amamentar;
- Estado geral comprometido;
- Dificuldades familiares em medicar e observar cuidadosamente;
- Presença de comorbidades ou imunossupressão.

3.2. INDIVÍDUO COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS COMPATÍVEIS COM SRAG

- Utilizar equipamentos de proteção individual, conforme as orientações contidas em **MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA;**
- Realizar avaliação clínica minuciosa;
- Coletar amostra de secreção nasofaríngea, conforme as orientações em **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL;**
- Recomenda-se internar o paciente, dispensando-lhe os cuidados que o caso requer;
- Preencher a ficha de notificação e encaminhar à vigilância epidemiológica municipal;
- Verificar orientações detalhadas sobre a vigilância de SRAG – **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA DE INFLUENZA;**
- Instituir tratamento de acordo com as orientações especificadas em **TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA.**

3.3. INDIVÍDUO COM SÍNDROME GRIPAL

- Utilizar equipamentos de proteção individual conforme as orientações contidas em MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA.
- Realizar avaliação clínica minuciosa.
- Introduzir o medicamento específico de acordo com as orientações especificadas em TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA.

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, devido ao risco de desenvolvimento da Síndrome de Reye (doença que acomete o cérebro e o fígado - encefalopatia metabólica progressiva, com edema cerebral, hipertensão intracraniana e esteatose hepática com insuficiência hepática).

3.4. ATENDIMENTO DE SÍNDROME GRIPAL

Atualmente, todos os equipamentos de saúde do Estado de São Paulo estão aptos a realizar o atendimento dos casos suspeitos de síndrome gripal.

A avaliação clínica identificará a necessidade de internação em isolamento, coleta de amostras respiratórias e tratamento específico dos casos com síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

4.1. COLETA E PROCESSAMENTO DE AMOSTRAS

De acordo com a Nota Técnica nº 2.010 - CGLAB/SVS/MS de 10/5/2010, que estabelece critérios para inclusão e exclusão de amostras clínicas para diagnóstico de Influenza pandêmica H1N1 2009, cumpre assinalar:

- a) O Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica H1N1 2009, retrata as informações referentes aos critérios de inclusão das amostras suspeitas de infecção por vírus Influenza A (H1N1) 2009. Dentre as informações referenciadas cita-se:
 - Coletar amostras para diagnóstico laboratorial apenas de casos SRAG hospitalizados e de casos referentes a surtos por SG em comunidades restritas.
 - As amostras de secreção nasofaríngea devem ser coletadas preferencialmente até o 3º (terceiro) dia após o início dos sintomas. Eventualmente, este período poderá ser ampliado para até, no máximo, 7(sete) dias após o início dos sintomas.

b). Diante de um caso de SRAG hospitalizado 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; e
- **Outras amostras clínicas:** serão utilizadas apenas para monitoramento da evolução clínica do paciente e/ou para realização de diagnóstico diferencial.

Obs.: A coleta de material biológico deverá ser feita preferencialmente antes do início do tratamento.

c) Quanto aos critérios de exclusão, **NÃO** serão processadas amostras que:

- Estiverem em desacordo com a definição de caso especificado no protocolo de vigilância epidemiológica vigente: encontrado no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_ve_influenza_2010.pdf.
- Amostras que não estejam adequadamente identificadas (nome completo do paciente, letra legível, data de coleta...);
- Amostras sem a ficha do SINAN e/ou indevidamente preenchida;
- Acondicionadas e/ou transportadas inadequadamente: amostras a temperatura ambiente, extravasadas, abertas, ou em volume inadequado.

d) No caso de investigação de surtos serão processadas três amostras oportunas para cada surto caracterizado pela vigilância epidemiológica. A comunicação das amostras inadequadas e não processadas será realizada através do laudo de resultados.

Em suma, frente a um caso com **SRAG (hospitalizado) ou em surtos de síndrome gripal em comunidades fechadas** deverão ser coletadas amostras clínicas, devidamente acompanhadas das fichas do Sinan (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) de solicitação de exame e da FII (Ficha de Investigação Individual), adequadamente preenchidas e com transporte e acondicionamento de acordo com o protocolo estabelecido.

Os agentes infecciosos prioritários para a investigação etiológica são os vírus influenza.

As amostras de secreções respiratórias devem ser coletadas **preferencialmente** até o terceiro dia, **este período poderá ser ampliado em até sete dias após o início dos sintomas.**

Em estabelecimentos de ensino, creches, ambientes de trabalho (empresas, indústrias), asilos, quartéis, ambientes prisionais, quando a investigação epidemiológica identificar a ocorrência de agregado de casos de síndrome gripal, com vínculo epidemiológico (temporal e espacial), é suficiente a coleta de amostras clínicas dos primeiros casos que estiverem até no 3º dia de início dos sintomas.

Indica-se a coleta de três amostras clínicas para o diagnóstico etiológico de surto.

No Estado de São Paulo, o processamento das amostras de secreção respiratória de casos de SRAG suspeitos para infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) 2009 deverá ser realizado no

Laboratório de Referência do Ministério da Saúde - Instituto Adolfo Lutz (IAL-SP) ou em laboratórios habilitados pelo IAL-SP (Comunicado DG/IAL - 10, de 7-7-2009; DO Nº 126 – DOE de 08/07/09 –p.73).

Os exames realizados em laboratórios habilitados pelo IAL-SP servirão para a confirmação ou o descarte de casos pelo médico assistente ou pela vigilância, para fins de encerramento dos casos no Sinan Web (online).

Deve-se salientar que a conduta clínica e tratamento com medicação específica frente ao caso não dependem do resultado laboratorial.

A técnica de diagnóstico preconizada pela OMS para a confirmação laboratorial da Influenza pandêmica H1N1 2009 é a Reação em Cadeia mediada pela Polimerase em tempo real (**rRT-PCR**). No momento, não se recomenda a metodologia de Imunofluorescência Indireta (IFI) para a detecção de vírus Influenza A (H1N1) 2009 (pandêmico).

Vale destacar que a aquisição dos insumos necessários à coleta de material de laboratório - *swab de rayon* - e tubos constitui responsabilidade das instituições hospitalares e das Secretarias Municipais de Saúde para os casos de SRAG e surtos de Síndrome Gripal. Ao CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica) cabe a responsabilidade de suprir o abastecimento deste material nas unidades sentinela de influenza no estado.

A coleta de amostras de material humano deve ser realizada rigorosamente dentro das normas de biossegurança preconizadas para essa situação, considerando as normas vigentes no país e as recomendações da OMS.

4.2. TIPO DE AMOSTRAS QUE DEVEM SER COLETADAS

4.2.1. Secreção Nasofaringeana para a detecção de vírus influenza

Através de *swab* e em pacientes submetidos a entubação orotraqueal por meio de aspirado traqueal, lavado bronquioalveolar. O tipo de coleta deve ser indicado na solicitação do exame, assim como a situação vacinal do indivíduo e o uso de oseltamivir.

4.2.2. Outras amostras clínicas

Serão utilizadas em casos especiais para a realização de diagnósticos diferenciais, conforme as hipóteses elencadas pelo médico assistente do caso e sob orientação da vigilância epidemiológica.

4.2.3. Sangue para Hemocultura

Coletar amostras para a realização de pesquisa de agentes microbianos e avaliação da resistência antimicrobiana. O diagnóstico diferencial deve ser realizado nos laboratórios dos

hospitais de atendimento. As cepas isoladas deverão ser encaminhadas ao IAL Central para caracterização.

4.3. PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE AMOSTRAS

Preferencialmente, utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar maior quantidade de células.

Na impossibilidade de se utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe, esta poderá ser substituída pela técnica de *swab* combinado de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente com *swab de rayon*, mergulhado em solução fisiológica estéril. Não deverá ser utilizado *swab* de algodão, pois este 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 ao IAL em até 48 horas. Caso o encaminhamento dentro de 48 horas seja inviável, a amostra deverá ser armazenada a (-) 20°C ou a (-) 70°C, se disponível, e encaminhada o mais breve possível ao IAL.

O IAL- SP recebe amostras de segunda a sexta-feira das 7h30 às 16h30. Durante os períodos epidêmicos, o IAL também receberá amostras nos finais de semana e feriados, das 9h00 às 14h00.

4.4. TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS

Todos os hospitais ou vigilâncias que coletarem amostras respiratórias deverão encaminhá-las ao IAL ou aos laboratórios habilitados com a devida identificação e acompanhadas da ficha epidemiológica preenchida, **com indicação do nº de RH de internação, situação vacinal e assinalado o uso de oseltamivir**. A ficha encontra-se disponível no site do CVE/CCD/SES-SP – <http://www.cve.saude.sp.gov.br> - banner de “Influenza pandêmica H1N1”.

Para este transporte, 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 laboratório.

4.5. FLUXO DE RESULTADOS DE EXAMES

O IAL-SP comunicará semanalmente, por meio de planilhas eletrônicas, os resultados dos exames processados ao CVE/CCD/SES-SP. A depender do momento epidemiológico, a periodicidade de envio de planilhas poderá ser ajustada.

O Núcleo de Informação (NIVE) do CVE disponibilizará as planilhas eletrônicas aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), **com acesso restrito por meio de senha eletrônica personalizada para cada GVE**.

Os GVE repassarão os resultados aos municípios de sua área de abrangência, e estes, por sua vez, os distribuirão aos locais de atendimento.

Cumprе ressaltar que os laudos impressos com os respectivos resultados estarão disponíveis no Núcleo de Gerenciamento de Amostras Biológicas (Recepção de Material) do IAL-SP para serem retirados pelas unidades solicitantes.

Os GVE ou outros locais que possuem acesso ao SIGH (Sistema de Informação e Gerenciamento Hospitalar) do IAL também poderão acessar os laudos dos resultados liberados através desse sistema informatizado.

ALERTA: As condutas clínicas não dependem do resultado do exame laboratorial específico para influenza pandêmica H1N1. Este exame, mesmo quando indicado, demanda um tempo longo de realização, pela complexidade da técnica utilizada.

4.6. INDICAÇÃO PARA A COLETA DE AMOSTRAS EM SITUAÇÃO DE ÓBITO

4.6.1. Informações Gerais

Recomenda-se a coleta de espécimes para diagnóstico “post mortem” de casos de síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico prévio, em situações **especiais solicitadas pelo serviço que declarou o óbito ou posteriormente indicadas pela vigilância epidemiológica**, nos locais onde seja viável a realização das técnicas de coleta de amostras, abaixo especificadas.

Os ácidos nucléicos virais podem ser detectados em diversos tecidos, principalmente de brônquios e pulmões, que constituem os espécimes de escolha para o diagnóstico laboratorial de vírus influenza pela técnica de Reação em Cadeia mediada pela Polimerase em tempo real (rt-PCR).

4.6.2. Coleta dos Espécimes Teciduais

Devem ser coletados fragmentos dos tecidos listados abaixo com dimensões aproximadas de 1 a 3 cm.

4.6.3. Pontos Anatômicos de Coleta de Amostras

- a) Região central dos brônquios (hilar), brônquios direito e esquerdo e traquéia proximal e distal;
- b) Parênquima pulmonar direito e esquerdo;
- c) Tonsilas e mucosa nasal;
- d) Fígado;

- e) Pacientes com suspeita de miocardites, encefalites e rabdomiólise: podem ser coletados fragmentos do miocárdio (ventrículo direito e esquerdo), sistema nervoso central (córtex cerebral, gânglios basais, ponte, medula e cerebelo) e músculo esquelético, respectivamente;
- f) Espécimes de qualquer outro órgão, mostrando aparente alteração macroscópica, podem ser encaminhados para a investigação da etiologia viral.

4.6.4. Acondicionamento das Amostras:

Para diagnóstico viral

As amostras frescas, coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou de qualquer outra localização anatômica, devem ser acondicionadas individualmente, em recipientes estéreis e secos (SEM meio de transporte ou outra solução).

Imediatamente após a coleta, os espécimes identificados com sua origem tecidual devem ser congelados e transportados em gelo seco.

Para diagnóstico diferencial bacteriano

- As amostras frescas, coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou de 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.

4.6.5. Diagnóstico Histopatológico

Coleta e Acondicionamento: Fragmentos de traquéia, brônquios direito e esquerdo, parênquimas pulmonares direito e esquerdo, coração, fígado e rim. As amostras de fragmentos deverão ser acondicionadas individualmente, em recipientes (vidro ou plástico) de boca larga, contendo formalina tamponada a 10% e devidamente identificadas.

Espécimes de qualquer outro órgão podem ser encaminhados para investigação de diagnósticos diferenciais (por ex. supra renal, baço, linfonodos e cérebro).

Para os Laboratórios que processarem o material com finalidade de análise imunohistoquímica (SVO, IML e outros) os fragmentos deverão ser emblocados em parafina sem compostos adicionais (por ex. cera de abelha, cera de carnaúba, etc.).

4.6.6. Documentação Necessária no Envio das Amostras

Encaminhar juntamente com as amostras: um resumo do histórico clínico, uma cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necrópsia, cópias de quaisquer resultados laboratoriais pertinentes, a ficha completa de identificação do indivíduo e o endereço do remetente.

4.6.7. Destinatário para o Envio das Amostras

Laboratório: Instituto Adolfo Lutz – Núcleo de Gerenciamento de Amostras Biológicas (Seção de Recepção de Material).

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 355 - Térreo - CEP: 01246-902 - São Paulo - SP.

Telefones: (11) 3068-2876 e (11) 3066-2877.

4.6.8. Fluxo de resultados

Todos os resultados das análises serão encaminhados para a Central/CVE que os enviará à DDTR/CVE e aos GVE.

Os GVE remeterão estes resultados às Secretarias Municipais e/ou Serviços de Saúde e, estes, para os destinatários.

5. TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA

5.1. TRATAMENTO

O fosfato de oseltamivir deve ser utilizado em pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), preferencialmente no período de 48 horas de início dos sintomas. O tratamento, também, poderá ser indicado para pacientes com Síndrome Gripal que pertençam aos grupos de risco ou tenham fatores de risco para o desenvolvimento de complicações ou óbitos atribuíveis à influenza.

Na avaliação da pandemia em 2009, as gestantes foram identificadas como um dos fatores de maior risco para morbi-mortalidade por influenza pandêmica H1N1 2009, sendo importante salientar a atenção especial que deva ser dada às grávidas, independentemente do período de gestação, com o início precoce de tratamento. Para orientações quanto ao uso de oseltamivir em gestantes, puérperas e recém-nascidos, consultar o item correspondente às RECOMENDAÇÕES PARA GRÁVIDAS, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS.

Como em toda prescrição terapêutica, atentar para as interações medicamentosas, as contra-indicações formais e os efeitos colaterais. O medicamento pode induzir resistência aos vírus influenza, se utilizado de forma indiscriminada.

5.1.1. Indicação de Tratamento

O uso do oseltamivir está indicado para:

- todos os indivíduos que apresentarem Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- todos os indivíduos com síndrome gripal com fatores de risco para complicações de influenza requerem, obrigatoriamente, avaliação e monitoramento clínico constantes de seu médico assistente, para a indicação ou não de tratamento com o oseltamivir, além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas.

5.1.2. Dosagem Recomendada para o Tratamento

O uso do oseltamivir está licenciado no país para indivíduos a partir de um ano de idade, e a dose relaciona-se com o peso.

Recentemente, o uso na faixa etária **menor de um ano** foi licenciado pelo U.S. Food and Drug Administration (FDA), por meio de autorização de uso emergencial, e pela European Medicines Agency (EMA), pois não foram apontados eventos adversos graves, apesar dos dados existentes sobre segurança serem ainda limitados.

Desse modo, em situações especiais, considerando a elevada gravidade e o risco/benefício para esta faixa etária, o oseltamivir poderá ser utilizado no tratamento de crianças menores de um ano.

Atenção: as concentrações e apresentações de **oseltamivir para uso pediátrico** são diferentes, conforme o laboratório produtor.

Até o presente, as apresentações do fosfato de oseltamivir são:

- **Laboratório Roche (Tamiflu®):** frasco com 30 g de pó para suspensão oral, na concentração de 12 mg/mL.
- **Laboratório Roche (Tamiflu®):** cápsulas de 30 mg, 45 mg e 75 mg, (disponibilizadas pelo Ministério da Saúde-MS).
- **FURP/SES-SP:** frasco com 50mL, solução oral, na concentração de 15 mg/mL (quantitativo limitado).

Vale assinalar que, a partir de 2010, o MS disponibilizou a apresentação em cápsulas de 30 mg e 45 mg para uso pediátrico.

Dose recomendada para tratamento

- Adultos:

Nos adultos, a partir de 13 anos, utiliza-se a apresentação em cápsulas de 75 mg, duas vezes ao dia, durante cinco dias.

- Crianças maiores de um ano e menores de 12 anos:

As doses variam com o peso, também, durante cinco dias, e conforme especificação a seguir:

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

Fonte: Protocolo da SVS/MS/2010.

Atenção especial deve ser dada aos portadores de insuficiência renal, tendo em vista que a eliminação do oseltamivir se processa por via renal. Nesse caso, a dose deve ser ajustada ao clearance de creatinina.

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

- pacientes que apresentam obesidade (IMC>40), a dose deve ser dobrada, isto é, 150 mg, duas vezes ao dia durante cinco dias;
- doses mais altas e aumento do tempo de tratamento podem ser utilizados nos casos graves (SARA/SDRA) e sondados, ou seja, 150 mg, duas vezes ao dia, podendo estender-se por dez dias;
- pacientes com insuficiência renal, clearance abaixo de 30 mL/min/1.73m², a dose deve ser reduzida pela metade. Sugere-se a utilização de dose extra (75 mg) após cada sessão de diálise. Pacientes em diálise contínua é recomendável tanto manter a dose normal como reduzi-la para metade da dose habitual.

OSELTAMIVIR - Recomendações para Tratamento em adultos e crianças.

RESUMO

OSELTAMIVIR - Recomendações para tratamento

CRIANÇAS <1 ANO		
Apresentação: Solução oral; Cáps 30 e 45 mg	Idade	Tratamento - recomendado por cinco dias
	0 a <3 meses	3 mg/kg/dose 2 vezes ao dia
	3 m a <12 meses	3 mg/kg/dose 2 vezes ao dia
ADULTOS E CRIANÇAS >1 ANO		
	Peso	Tratamento recomendado por cinco dias
Adultos > 13 anos		1 cápsula de 75mg 2 vezes ao dia
Apresentação: cáps 75mg		
Crianças (12 meses e mais)	15kg ou menos	30 mg 2 vezes ao dia
Apresentação: solução oral; Cáps 30 e 45 mg	15-23kg	45 mg 2 vezes ao dia
	24-40kg	60 mg 2 vezes ao dia
	>40kg	75 mg 2 vezes ao dia

Fonte: CDC/Atlanta/EUA.

<http://www.cdc.gov/h1n1flu/recommendations.htm#table1> - acessado em 11/04/2010.

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

5.2. QUIMIOPROFILAXIA

5.2.1. Indicação de Quimioprofilaxia

Está absolutamente contra-indicado o uso do oseltamivir para quimioprofilaxia em larga escala.

No presente, o uso do oseltamivir para quimioprofilaxia recomenda-se APENAS nas seguintes situações:

- Profissionais de laboratório, que tenham manipulado amostras clínicas que contenham o vírus influenza pandêmico A (H1N1), sem o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), ou que o utilizaram de maneira inadequada;
- Profissionais 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 pelo vírus influenza A (H1N1) pandêmico, sem o uso de EPI ou que o utilizaram de maneira inadequada;
- Outras situações devem ser analisadas individualmente pela equipe médica em conjunto com a vigilância em saúde.

5.2.2. Dosagem Recomendada para a Quimioprofilaxia

Dose recomendada: em adultos e crianças > 13 anos: 1 (uma) cápsula (75 mg) uma vez por dia, durante 10 dias; crianças maiores de 12 meses, mesma dosagem do tratamento, porém somente uma vez por dia durante 10 dias e crianças de 3 meses a < 12 meses, mesma dosagem do tratamento, uma vez por dia durante 10 dias.

5.3. DISTRIBUIÇÃO DO OSELTAMIVIR

5.3.1. Legislação

A Resolução MS – ANVISA – RDC nº 70 de 22/12/2009 estabeleceu a **INCLUSÃO** do medicamento Oseltamivir (Tamiflu®) na Lista **das outras substâncias sujeitas a Controle Especial - C 1** da Portaria SVS/MS 344 de 12/05/1998.

Em virtude desta Portaria, o fluxo existente na dispensação deste medicamento pela Secretaria de Estado da Saúde obrigatoriamente precisou ser alterado.

Vale lembrar que de acordo com a PORTARIA SVS/MS 344 de 12/05/1998:

- A dispensação de receitas de Controle Especial é **privativo de FARMÁCIA**, somente poderá ser efetuado **mediante receita**, sendo:
 - a 1ª via retida no estabelecimento farmacêutico e
 - a 2ª via devolvida ao paciente, com carimbo comprovando o atendimento.

Observação: *validade* de **até cinco(5) dias** após a data de emissão.

Deverá ser escriturado em Livro de Registro Específico para efeito de fiscalização e controle.

Deverão ser obrigatoriamente guardados num dispositivo (“armário”) que ofereça segurança em local exclusivo para este fim, **sob a responsabilidade do farmacêutico**.

OBS1. Considerando que a Resolução SS-65 de 28/04/2010 que dispõe sobre a prescrição de oseltamivir para pacientes com **síndrome respiratória aguda grave e síndrome gripal associada a fatores de risco**, revogou a Resolução SS-120 de 03/08/2009 que estabelecia o fornecimento do oseltamivir, portanto, o preenchimento do formulário para a dispensação de oseltamivir **não está mais em vigor**.

OBS2. **O Ministério da Saúde incluiu por meio da Portaria GM/MS nº 367 de 22/02/2010, o medicamento oseltamivir no “Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular” para o período de 15/04/2010 a 15/03/2011 na apresentação farmacêutica de cápsula com as seguintes concentrações: 30 mg, 45 mg e 75 mg.**

5.3.2. Fluxo Ambulatorial

- O abastecimento de oseltamivir visa o atendimento dos pacientes com **síndrome gripal com fatores de risco para complicações de influenza**. Todo **paciente** terá acesso ao medicamento nos Pólos de Dispensação.
- Os Pólos de Dispensação (divulgados no site do Centro de Vigilância Epidemiológica – www.cve.saude.sp.gov.br) que receberão o oseltamivir foram definidos regionalmente através de critérios epidemiológicos, operacionais e populacionais. É importante destacar que esta lista está sujeita a alterações na medida em que houver mudanças no cenário epidemiológico.

- A retirada do medicamento deverá ser com **receita médica C1** emitida em 2 (duas) vias, sendo que a primeira via ficará retida na farmácia do ambulatório e a segunda via será entregue ao paciente/portador da receita médica.

Em cada região do NAF / DRS haverá ao menos um local para a dispensação 24 horas por dia, todos os dias da semana. (NAF= Núcleo de Assistência Farmacêutica; DRS= Departamentos Regionais de Saúde).

5.3.3. Fluxo Hospitalar

- O abastecimento de oseltamivir hospitalar visa o atendimento dos pacientes internados com a **síndrome respiratória aguda grave – SRAG**, bem como aos pacientes com **síndrome gripal com fatores de risco para complicações de influenza**.
- A seleção dos Hospitais que receberão a grade inicial de oseltamivir foi definida a partir dos dados epidemiológicos de **Influenza Pandêmica H1N1**, notificados no SINAN 2009 (divulgados no site do Centro de Vigilância Epidemiológica – www.cve.saude.sp.gov.br). É importante destacar que esta lista está sujeita a alterações na medida em que houver mudanças no cenário epidemiológico.
- Dentre os hospitais listados que receberão oseltamivir para dispensação aos seus próprios pacientes, definiram-se alguns hospitais como “**Centro de Distribuição**”, (divulgados no site do Centro de Vigilância Epidemiológica – www.cve.saude.sp.gov.br) que serão os responsáveis pela dispensação de oseltamivir para todos os hospitais (públicos ou privados) de sua região que não foram abastecidos, e que necessitem do oseltamivir para os **pacientes internados**, 24 horas por dia, todos os dias da semana.
- Os hospitais não abastecidos retiram o medicamento na farmácia do hospital “**Centro de Distribuição**”, com receita médica C1 emitida em 2 (duas) vias, sendo que a primeira via ficará retida na farmácia do hospital e a segunda via será entregue ao paciente/portador da receita médica.

5.4. USO DO ZANAMIVIR

Em caso de resistência ao oseltamivir, identificada e fundamentada por meio da vigilância laboratorial, deve-se usar o Zanamivir, medicamento inibidor da neuraminidase, administrado por via inalatória.

Está contra-indicado para pessoas com pneumopatias crônicas, devido ao risco de provocar broncoespasmo, e não é aprovado para uso em crianças com menos de sete anos de idade.

Idade	Tratamento	Quimioprofilaxia
Adulto e criança = > 7 anos	10mg = 5mg 12/12h por 5 dias	10mg diárias durante 10 dias

Fonte: GSK e CDC

5.4.1. Critérios de indicação de tratamento

- Suspeita de resistência ao oseltamivir em pacientes que não apresentem resposta ao tratamento adequado com o antiviral, com persistência de febre e piora do quadro clínico no período entre 48h e 72h de vigência do tratamento, em ambiente hospitalar, excluídos diagnósticos secundários.
- Deve ser coletada nova amostra biológica com informação sobre a situação para investigação da cepa resistente.
- Pacientes imunocomprometidos que não apresentaram resposta ao oseltamivir.

Obs.: Zanamivir é administrado por inalação através de um aparelho Diskhaler fornecido junto com a medicação. Zanamivir é um pó seco, não um aerossol, e não deve ser administrado utilizando-se nebulizadores, ventiladores e outros aparelhos normalmente usados para administrar medicamentos em soluções de aerossol.

Zanamivir não é recomendado para pessoas com doenças respiratórias crônicas, como asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica, que aumentam o risco de broncoespasmo.

Importante:

- A OMS no Boletim 98 de 30 de abril de 2010 relata que a vigilância de resistência ao antiviral, a partir da avaliação em 92 países, mostrou a detecção esporádica de vírus pandêmicos resistentes ao oseltamivir com rara subsequente transmissão. Até o momento, 285 casos de resistência ao oseltamivir foram relatados. Todos estes vírus mostraram a substituição H275Y e todos permanecem sensíveis ao zanamivir.
- No estado de São Paulo, o IAL sequenciou 17 amostras de vírus influenza A H1N1 em 2009, todas submetidas ao GeneBank, de pessoas residentes no estado de São Paulo. Nove das sequências foram obtidas de isolamento em cultura de células na fase inicial da pandemia como amostragem para envio ao Centro de

Controle de Doenças, em Atlanta/EUA. A partir de 30/6/2009, houve priorização no sequenciamento de amostras associadas à óbitos.

Dentre as amostras, existem sequências de sete óbitos (incluindo dois casos com alteração D222G). A avaliação da resistência ao oseltamivir nas amostras com a alteração D222G está em andamento.

Fonte: Nota Técnica - Identificação de mutações em vírus influenza A H1N1 2009 – 30/11/2009; Centro de Vigilância Epidemiológica, Instituto Adolfo Lutz, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde.

Atenção:

- Recomenda-se ao médico assistente que investigue e monitore todos os seus pacientes quanto à presença de sinais e sintomas que definam quadro grave E/OU fatores de risco para complicações da doença.
- 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 “**Observações Adicionais**” as atualizações sobre a data de início do tratamento com o **oseltamivir (apresentação e doses utilizadas)** e as medidas complementares adotadas.
- Vale destacar que tão importante quanto o tratamento específico para a influenza pandêmica H1N1 é a adoção oportuna de todas as medidas de suporte clínico ao paciente, segundo a avaliação médica de cada caso, além do uso das medidas não farmacológicas.

5.5. EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO OSELTAMIVIR

Quanto aos eventos adversos, os mais comuns são náuseas, vômitos e diarreia, eventos estes que não contra-indicam a continuidade do tratamento. Os pacientes que desenvolvem eventos gastro-intestinais graves podem reduzir a absorção oral do oseltamivir. Porém, atualmente, não há nenhuma evidência científica para sugerir o aumento da dose ou do período 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 o esquema acima.

Todos os profissionais de saúde devem estar atentos e monitorar quaisquer eventos importantes, em especial nos menores de um ano e grávidas, onde os dados sobre a segurança do oseltamivir são limitados.

Atenção: A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS relacionados ao OSELTAMIVIR deverá ser reportada ao Centro de Vigilância Sanitária/SES-SP, Farmacovigilância, on-line, via NOTIFIQUE:
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/eventos_adv.asp.

6. RESUMO DO MANEJO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (Anexo IV)

6.1. CONDUTA EM RELAÇÃO À GRAVIDADE DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Na infecção pelo vírus influenza pode ocorrer desde doença leve não febril acometendo a via aérea superior até casos graves cursando com pneumonia fatal.

Os pacientes podem ser divididos em três grupos:

- 6.1.1. Pacientes com SG e sem fatores/grupo de risco para complicações;
- 6.1.2. Pacientes com SG e com fatores / grupo de risco para complicações;
- 6.1.3. Pacientes com SRAG.

6.1.1. Pacientes com SG e sem fatores/grupo de risco para complicações

Após avaliação médica:

- Não internar;
- Não coletar exame específico;
- Não está indicado o uso de Oseltamivir;
- Orientar isolamento domiciliar;
- Proceder à observação e reavaliação rigorosas do paciente.

6.1.2. Pacientes com SG e com fatores/grupo de risco para complicações

Após avaliação médica:

- Não internar;
- Não coletar exame específico;
- O tratamento com o oseltamivir deve ser indicado pelo médico assistente após avaliação rigorosa das condições clínicas do paciente e dos riscos e benefícios em relação ao uso do medicamento;
- Orientar isolamento domiciliar;

- Proceder à observação e reavaliação rigorosas do paciente.

6.1.3. Pacientes com SRAG

- Internar;
- Coletar exame específico e outros pertinentes para o diagnóstico diferencial;
- Está indicado o uso de Oseltamivir;
- Manter em isolamento;
- Proceder à observação e reavaliação rigorosas do paciente durante a internação.

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

As seguintes medidas devem ser observadas por hospitais e serviços de saúde que prestam atendimento ambulatorial e pronto atendimento a casos de **SG** ou **SRAG**.

7.1. MEDIDAS GERAIS

7.1.1. Promover e atualizar (novos / contratados) a situação vacinal em relação à Influenza pandêmica H1N1 nos profissionais de saúde. Conhecer a cobertura vacinal dos trabalhadores de saúde local.

7.1.2. Elaborar, por escrito, e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção à saúde de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por vírus Influenza A (H1N1) pandêmico.

7.1.3. Organizar o fluxo de atendimento aos pacientes com suspeita de síndrome gripal ou SRAG, conforme segue:

- a) Estabelecer sinalização à entrada da Unidade, apontando para o fluxo de atendimento destes pacientes;
- b) Afixar cartazes com orientações aos pacientes sobre higiene respiratória;
- c) Fornecer máscara cirúrgica ao paciente sintomático e ou identificado como suspeito de influenza pandêmica H1N1. Os pacientes com **SG** ou **SRAG** devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados até sua chegada no local de isolamento.

7.1.4. Instituir medidas de precaução

- a) Para gotículas e precaução padrão na prestação de serviços de assistência à saúde para os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) pandêmico.
- b) Mediante procedimentos com risco de geração de aerossol, incluir as precauções para aerossóis. São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: a intubação traqueal, a aspiração nasofaríngea e nasotraqueal, a broncoscopia, a autópsia envolvendo tecido pulmonar e a coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico da influenza, dentre outros.

7.1.5 A utilização de EPI deve ser recomendada para

- a) Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex.: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, equipe de profissionais da radiologia, dentistas e profissionais designados para a triagem de casos suspeitos).
- b) Toda a equipe de suporte que necessite entrar no quarto, enfermaria ou área de isolamento, incluindo o pessoal de limpeza, nutrição e os responsáveis pela retirada de produtos e roupas sujas da unidade de isolamento. Recomenda-se, no entanto, que o mínimo de pessoas entre no isolamento.
- c) Toda a equipe de suporte, que tenha contato a uma distância menor que 1 metro de pacientes com infecção por influenza pandêmica (H1N1) 2009, 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.
- d) Todos os profissionais de laboratório, durante coleta, transporte e manipulação de amostras de pacientes com síndrome gripal ou **SRAG**.
- e) Familiares e visitantes que tenham contato com pacientes com síndrome gripal ou **SRAG**, suspeitos ou confirmados para infecção por vírus influenza A (H1N1) pandêmico.
- f) Profissionais de saúde que executam o procedimento de verificação de óbito.

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

7.1.6. Adotar outras medidas preventivas associadas às medidas de precaução, tais como

- a) Frequente higienização das mãos, principalmente antes e depois da assistência ao paciente e após a retirada de EPI;
- b) Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- c) Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- d) Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- e) Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- f) Evitar tocar superfícies com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas. As superfícies referem-se àquelas próximas ao paciente (ex.: mobiliário e equipamentos para a saúde) e àquelas fora do ambiente próximo ao paciente, porém, relacionadas ao cuidado com o paciente (ex.: maçaneta, interruptor de luz, chave, caneta, dentre outros);
- g) Não circular dentro do hospital usando os EPI. Estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento;
- h) Restringir a atuação de profissionais de saúde com doença respiratória aguda na assistência ao paciente.

7.1.7. Disponibilizar vestimentas e equipamentos de proteção individual recomendados aos profissionais de saúde designados para o atendimento dos casos suspeitos de SG ou SRAG.

a) 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 gripe pandêmica (H1N1) 2009. Descartar imediatamente após o uso.

b) Máscara de proteção respiratória (respirador particulado ou N95)

Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes suspeitos ou confirmados com infecção por gripe 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: intubação traqueal, aspiração nasofaríngea e nasotraqueal, broncoscopia, autópsia envolvendo tecido pulmonar e coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico da gripe, dentre outros.

A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada a face. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante.

A máscara deve ser individual e após o uso acondicionar em local limpo e seco. Deve ser descartada sempre que apresentar sujidades ou umidade visível.

c) Luvas

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluídos 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 devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

d) 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 de proteção devem ser exclusivos para 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.

Óculos convencionais (de grau) não devem ser usados como protetor ocular, uma vez que não protegem a mucosa ocular de respingos. Os profissionais de saúde que usam óculos de grau devem usar sobre estes os óculos de proteção ou protetor de face.

e) 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 pandêmica (H1N1) 2009.

f) Capote/avental

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

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

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 por influenza pandêmico (H1N1) 2009 para o profissional, pacientes e ambientes.

Utilizar preferencialmente avental descartável (de uso único). Em caso de avental de tecido, este deve ser reprocessado em lavanderia hospitalar.

Obs.: Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção por influenza deve utilizar luvas de procedimento, avental, protetor ocular ou facial, gorro e máscara de proteção respiratória (respirador particulado).

7.1.8. Higienização das mãos

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se água e sabão, preparação alcoólica e antisséptica degermante.

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

7.1.9. Orientar o paciente para medidas que visam impedir a disseminação do vírus

- a) Evitar o contato próximo com outras pessoas;
- b) Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar. Descartar o lenço em recipiente adequado para resíduos, imediatamente após o uso;
- c) Lavar as mãos freqüentemente, principalmente após tossir ou espirrar;
- d) Evitar tocar olhos, nariz e boca;
- e) Evitar tocar em superfícies como maçanetas, mesas, pias e outras;
- f) Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.

7.2. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO HOSPITALAR

7.2.1. Isolamento dos Casos de SRAG

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

7.2.2. Isolamento por Coorte

Considerando-se a possibilidade de um aumento do número de casos com complicações, se o hospital não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos aqueles pacientes que requeiram internação, deve ser estabelecido o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade os pacientes com infecção confirmada por influenza.

Se existir um grande número de pacientes infectados, deve ser definida uma área específica do hospital para o isolamento dos casos. Deve ser mantida uma distância mínima de 1 (um) metro entre os leitos.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta de pacientes suspeitos ou confirmados para influenza devem ser organizados para trabalhar somente na área de isolamento de influenza, não podendo circular em outra área de assistência.

7.2.3. Outras Orientações

O quarto, a enfermaria e a área de isolamento devem ter a entrada sinalizada com um alerta referindo o isolamento para doença respiratória, a fim de se 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. Deve haver, ainda, sinalização quanto às medidas de precaução (gotículas e padrão) a serem adotadas.

Imediatamente antes da entrada no quarto, na enfermaria e na área de isolamento, devem ser disponibilizadas condições para a 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.

7.2.4. Suspensão do Isolamento

O isolamento deve ser mantido, a partir do início dos sintomas, por no mínimo 7 (sete) dias para adultos e 14 dias para crianças e pacientes imunossuprimidos.

7.3. TRANSPORTE DE PACIENTES

Ao transportar pacientes com SRAG ou SG:

- a) Os profissionais envolvidos no transporte devem adotar as medidas de precaução para gotículas e precaução padrão;
- b) Adequar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;
- c) Intensificar a higienização das mãos;
- d) O paciente deve usar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- e) O veículo utilizado no transporte deverá ser submetido ao processo de limpeza e desinfecção de todas as suas superfícies, com álcool 70% ou hipoclorito de sódio a 1%, antes do próximo uso.

7.4 CRITÉRIOS DE ALTA

Conceder alta somente após avaliação clínica criteriosa, com base na evolução e na resposta ao tratamento instituído.

Caso seja realizado o descarte laboratorial para Influenza Pandêmica H1N1 2009, serão mantidas as condutas clínicas e normas de biossegurança referentes ao diagnóstico definido do caso e sua evolução.

7.5. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE

7.5.1. Informações Gerais

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

Equipamentos, produtos para a saúde ou artigos utilizados em qualquer paciente devem 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. Desse modo, 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 todas as etapas do processamento dos equipamentos, produtos para a saúde ou artigos utilizados na assistência.

7.5.2. Limpeza e Desinfecção

A orientação sobre a limpeza e a desinfecção de superfícies em contato com pacientes com suspeita ou infecção por influenza pandêmica 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 de equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente.

A desinfecção de superfícies das unidades de isolamento deve ser realizada após a sua limpeza. Os desinfetantes com potencial para a desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, alcoóis, alguns fenóis, 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.

7.5.3. Processamento de Roupas

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dos pacientes suspeitos ou confirmados para influenza pandêmica H1N1, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral, ressaltando-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 a contaminação do trabalhador, não é recomendada a manipulação, separação ou classificação de roupas sujas provenientes do isolamento. Estas últimas devem ser colocadas diretamente na lavadora.

7.5.4. Processamento de Artigos Utilizados pelo Paciente

- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na atenção ao paciente.
- Estabelecer fluxos e rotinas de transporte de equipamentos, produtos para a saúde ou artigos utilizados na assistência.
- Esterilizar ou desinfetar artigos reprocessáveis, conforme a rotina já estabelecida pela Central de Material Esterilizado (CME) e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Para os itens compartilhados por demais pacientes (ex.: esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, dentre outros), realizar a limpeza e a desinfecção, conforme a rotina já estabelecida.

7.5.5. Descarte 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 com infecção pelo vírus influenza A (H1N1) pandêmico devem ser enquadrados na categoria A4, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (disponível em <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>). Estes devem ser acondicionados em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma 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 resistente ao tombamento.

Esses 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 306/2004, os serviços de saúde devem elaborar um plano de gerenciamento de resíduos.

8. ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

8.1. Vacinas contra o vírus influenza A (H1N1) pandêmico

Cerca de seis meses após a divulgação da pandemia pelo vírus influenza A (H1N1) 2009, os primeiros artigos sobre a vacina foram publicados na literatura. Essa novas vacinas são produzidas empregando métodos semelhantes aos utilizados na vacina influenza sazonal.

Todas as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde no controle da influenza pandêmica H1N1 2009 tem sido adotadas. Na atual situação epidemiológica da doença, a existência de uma vacina eficaz e a disponibilidade de vacinas no mercado mundial, foi acordado pela OPAS e seus países membros os seguintes objetivos para a vacinação:

1. Manter o funcionamento dos serviços de saúde envolvidos na resposta à pandemia
2. Diminuir a morbimortalidade associada à pandemia. Considerando esses objetivos, é importante ressaltar que o objetivo das ações de vacinação não será o de contenção da pandemia e diante desse cenário foram definidos os grupos prioritários.

8.2. Cronograma de Vacinação

- 1ª. etapa: 8 a 19 de março: trabalhadores da saúde e população indígena .
- 2ª. etapa: 22 de março a 2 de abril: gestantes (serão vacinadas até o término da 5ª. etapa), crianças entre 6 meses a 1 ano e 11 meses de idade e pacientes com doença crônica.
- 3ª. etapa: 5 a 23 de abril: adultos entre 20 e 29 anos de idade.
- 4ª. etapa: 24 de abril a 7 de maio: pessoas 60 anos ou mais com doença crônica.
- 5ª. etapa: 10 a 21 de maio: pessoas entre 30 e 39 anos de idade.
- 6ª. etapa: 24 de maio a 2 de junho: crianças entre 2 a 4 anos e 11 meses de idade.

O total de pessoas a serem vacinadas no Estado de São Paulo: 21.230.880 pessoas.

8.3. Estudos de imunogenicidade

Vários estudos de imunogenicidade já foram publicados na literatura internacional, utilizando concentrações variando entre 30 μ , 15 μ , 7, 5 μ e 3,75 μ de hemaglutinina, na presença ou não de adjuvantes. Avaliando-se os títulos de anticorpos através da taxa de soroproteção (títulos de inibição de hemaglutinina (HI) $\geq 1/40$) e a taxa de soroconversão (proporção de pessoas que eram soronegativas antes da vacina e que após apresentam títulos de HI ≥ 40 ou que eram soropositivos antes da vacina e apresentam aumento de quatro vezes o título de HI), as taxas são superiores a 90% após 21 dias da vacinação. Para as crianças entre 6 meses a 8 anos de idade apesar de alguns estudos apresentarem resultados satisfatórios apenas uma dose da vacina contra A (H1N1), está mantida a recomendação do esquema vacinal de duas doses, para as crianças menores de 9 anos de idade.

8.4. Vacinas contra influenza pandêmica H1N1 2009

Na rede pública serão utilizadas vacinas de 3 laboratórios produtores: Instituto Butantan/Sanofi Pasteur, GlaxoSmithKline (GSK) e Novartis.

8.4.1. Vacina do Instituto Butantan (sem adjuvante)

- Composição: vírus influenza fragmentado, propagado em ovos, inativado contendo antígeno equivalente a:
 - cepa análoga A/California/7/2009(H1N1)(NYMCX-179A): 15 μ de hemaglutinina por dose de 0,5 ml;
 - outros componentes: timerosal, cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico e água para injetáveis.
- A vacina já vem diluída em frascos de 10 doses. Antes da sua abertura, realizar uma homogeneização, com movimentos rotatórios suaves.
- Após a abertura do frasco, desde que mantidos em temperatura adequada (entre +2°C e +8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação, poderão ser utilizados pelo período de 7 dias.

Idade	Dose (ml)	No. de doses
6 a 35 meses	0,25 ml	2 doses (intervalo de 4 semanas, mínimo de 21 dias)
3 a 8 anos	0,5 ml	2 doses (intervalo de 4 semanas, mínimo de 21 dias)
\geq 9 anos	0,5 ml	dose única

8.4.2. Vacina da GSK (com adjuvante)

- Composição: antígeno propagado em ovos: vírus like (H1N1)A/Califórnia/2/2009: 3,75 μ de hemaglutinina por dose de 0,5 ml;
 - adjuvante: AS03 composto de esqualeno; DL- α tocoferol e polissorbato 80;
 - excipientes: a) suspensão (com antígeno): tiomersal, cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico, cloreto de potássio, água para injeção; b) emulsão (com adjuvante): cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico; fosfato de potássio monobásico, cloreto de potássio, água para injeção.
- É uma vacina de 10 doses que não vem diluída. Vem apresentada em dois frascos (emulsão e suspensão) que antes da sua abertura, deverão ser homogeneizados suavemente.
- Antes da abertura de cada frasco, realizar uma homogeneização, com movimentos rotatórios suaves. Misturar a emulsão na suspensão e após a mistura, realizar nova homogeneização.

- Após a mistura, desde que mantidos em temperatura adequada (entre +2°C e +8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação, poderão ser utilizados pelo período de 24 horas.

Idade	Dose (ml)	No. de doses
6 a 8 anos de idade	0,25 ml	2 doses (intervalo de 4 semanas, mínimo de 21 dias)
≥ 9 anos	0,5 ml	dose única

8.4.3. Vacina da Novartis (sem adjuvante)

- Composição: antígeno propagado em ovos vírus like H1N1/A/California/7/2009: 15µ de hemaglutinina por dose de 0,5 ml.
- Outros componentes: tiomersal, traços de proteína do ovo, polimixina, neomicina, betapropiolactone.
- É uma vacina de 10 doses que já vem diluída. Antes da sua abertura, realizar uma homogeneização, com movimentos rotatórios suaves.

Após a abertura do frasco, desde que mantidos em temperatura adequada (entre +2°C e +8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação, poderão ser utilizados pelo período de 24 horas.

Idade	Dose (ml)	No. de doses
4 a 8 anos de idade	0,5 ml	2 doses (intervalo de 4 semanas, mínimo de 21 dias)
≥ 9 anos	0,5 ml	dose única

OBS1: o timerosal é um preservativo que tem o papel de evitar a contaminação do frasco e assim manter a sua esterilidade. É utilizado em vacinas do calendário básico como a vacina dupla tipo adulto (dT) e contra hepatite B. A quantidade presente nesses produtos é extremamente pequena e não é nociva à saúde.

OBS2: o esqualeno é um produto encontrado em plantas, animais e humanos (é um componente da membrana celular). Também pode ser encontrado no óleo de fígado de peixes e vegetais (como o óleo de oliva). Esse adjuvante é utilizado para incrementar a resposta imune da vacina. E já é utilizado desde 1997 em vacinas contra influenza sazonal (Fluad®, Novartis) onde já foram distribuídas mais de 40 milhões de doses.

8.5. Via de aplicação

- A via de aplicação é a intra-muscular.

8.6. Contra-indicações

- reação anafilática após ingestão de ovo;
- reação anafilática em dose anterior da vacina contra influenza;
- antecedente de reação anafilática aos componentes da vacina.

8.7. Vacinação das crianças com doença crônica

- pneumopatia crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica, asma grave, fibrose cística);
- cardiopatia crônica (cardiopatia congênitas, insuficiência cardíaca);
- nefropatia crônica/síndrome nefrótica (pacientes em diálise ou hemodiálise);
- hepatopatias crônicas (cirrose, hepatite crônica, atresia de vias biliares);
- hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemia, esferocitose);
- HIV/aids;
- imunodepressão devido a câncer ou imunossupressão terapêutica;
- transplantados de órgãos sólidos e medula óssea;
- imunodeficiências congênitas;
- diabetes em uso de hipoglicemiantes orais ou insulina;
- doença neuromuscular com comprometimento da função pulmonar (distrofia muscular);
- usuários crônicos de ácido acetilsalicílico;
- obesidade: Índice de Massa Corporal= peso (kg)/altura² (m)
 - crianças ≤10 anos: IMC ≥25
 - >10 anos e < 18 anos: IMC ≥35

8.8. Eventos adversos

Segundo a OMS, aproximadamente 40 países realizaram estratégias de vacinação contra o vírus influenza A(H1N1) pandêmico no mundo. Mais de 300 milhões de pessoas já foram vacinadas no mundo. A vacina foi bem tolerada e pouco reatogênica. Também não se observou aumento na incidência de Síndrome de Guillain Barré:

- manifestações locais: dor, eritema e edema, até 48 horas após a aplicação da vacina;
- manifestações sistêmicas: febre, cefaléia, astenia, mialgia, até 48 horas após a aplicação;
- reação anafilática: é uma reação aguda de hipersensibilidade com envolvimento de múltiplos sistemas. A maioria aparece nas primeiras 2 horas após a vacinação, com presença de dispnéia, edema de mucosas, urticária;
- Síndrome de Guillain-Barré (SGB): é uma polirradiculoneurite caracterizada por uma inflamação aguda, desmielinizante dos nervos periféricos e às vezes de raízes nervosas proximais e de nervos cranianos. Caracteriza-se por fraqueza muscular progressiva de distribuição geralmente simétrica e distal que evolui para diminuição ou perda dos movimentos de maneira ascendente com flacidez dos músculos. Notificar os casos com associação temporal a vacina até 6 semanas após a sua aplicação. A sua incidência na população geral é cerca de 0,6 a 4 casos por 100.000 hab. Nos países onde as ações de vacinação contra o vírus A(H1N1) já ocorreram, não foi observado o aumento da incidência de SGB.

9. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA DE INFLUENZA

9.1. INTRODUÇÃO

As medidas de vigilância contidas neste documento são complementares ao monitoramento da circulação dos vírus influenza, realizado por meio das unidades sentinela.

Esta seção tem como objetivo padronizar as medidas de notificação, investigação e controle da influenza humana para a identificação de situações particulares de risco, como a detecção de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e de surtos de síndrome gripal em ambientes restritos.

Além disso, propõe-se orientar o monitoramento de indicadores de qualidade e das internações e óbitos por influenza e pneumonia.

9.2. INFORMAÇÕES GERAIS

São estratégias integradas adotadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

- Vigilância de casos de SRAG;
- Investigação e acompanhamento da evolução de casos de SRAG hospitalizados;
- Investigação de surtos de síndrome gripal em ambientes restritos;
- Monitoramento das internações e da mortalidade por influenza e pneumonia;
- Vigilância de síndrome gripal em unidades-sentinela.

A investigação epidemiológica de SRAG é uma atividade que será realizada pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), pelas CCIH e pelas Vigilâncias Epidemiológicas locais e regionais.

A partir da SE 01/2010, passam a ser objeto de notificação no Sinan online Influenza apenas os casos de **SRAG hospitalizados**, com o objetivo de monitorar o padrão de gravidade da doença, detectando eventuais mudanças na virulência do vírus influenza pandêmico.

Todos os óbitos com quadro clínico de doença respiratória aguda grave, independentemente dos sintomas apresentados, serão considerados como caso de SRAG.

Os dados coletados devem ser registrados na Ficha de Investigação de Influenza pandêmica H1N1 2009 – disponível no endereço eletrônico do CVE/CCD/SES-SP – <http://www.cve.saude.sp.gov.br> - banner Influenza pandêmica H1N1.

Os casos com SRAG, suspeitos ou confirmados para Influenza pandêmica H1N1 2009, devem ser acompanhados pelas vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

Além dos campos a serem preenchidos na ficha de notificação, o investigador deverá estar atento para:

- Detalhamento da evolução clínica;
- Condição sócio-econômica;
- Medicamentos em uso;
- Possível exposição a outros agentes;
- 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.);
- Outras informações pertinentes.

As informações adicionais devem ser registradas, de modo objetivo, no campo “Observações Adicionais”.

As fichas epidemiológicas devem ser enviadas para as vigilâncias municipais, que as digitarão no SinanWeb (online).

Importante: As fichas de investigação dos casos de SRAG devem ser digitadas no SinanWeb em até 24 horas, com os campos preenchidos em sua totalidade, notadamente os resultados dos exames e orienta-se a conclusão oportuna dos casos no sistema, em consonância com os critérios de confirmação e descarte dispostos na presente instrução normativa.

Atenção: na ocorrência de **óbito de caso com SRAG** suspeito ou confirmado de Influenza pandêmica H1N1 2009, a unidade de atendimento deve encaminhar **imediate e simultaneamente a ficha epidemiológica**, devidamente preenchida, para as vigilâncias do município, da regional e para a Central/CIEVS do CVE.

9.3. DEFINIÇÕES DE CASO

9.3.1. Caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade com doença respiratória aguda caracterizada por febre, tosse e dispnéia, acompanhada ou não dos sinais e sintomas:

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

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas tais como:

- 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.

9.3.2. Caso confirmado de síndrome respiratória aguda grave por influenza pandêmica H1N1 2009

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG e cuja infecção pelo vírus influenza pandêmica (H1N1)2009 foi confirmada por laboratório;
- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG para o qual não foi possível ou não foi indicado coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e que tenha evidência de contato próximo (até sete dias antes do início dos sintomas) com um caso laboratorialmente confirmado ou que pertença à mesma cadeia de transmissão com pelo menos um caso confirmado laboratorialmente (confirmação por vínculo epidemiológico); e
- Óbito com confirmação laboratorial de infecção por vírus da influenza pandêmica (H1N1) 2009 ou que tenha apresentado contato com caso confirmado laboratorialmente para influenza pandêmica.

9.3.3. Caso descartado de síndrome respiratória aguda grave por influenza pandêmica H1N1 2009

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG que não tenha sido confirmada laboratorialmente a infecção pelo vírus influenza A (H1N1) 2009;
- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG em que tenha sido diagnosticada outra doença;
- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG com vínculo epidemiológico a um caso descartado laboratorialmente; e
- Óbito que não tenha sido confirmada laboratorialmente por infecção pelo vírus influenza A (H1N1) 2009 ou que não tenha evidência de contato com caso confirmado.

9.3.4. Contato Próximo de Caso Suspeito ou Confirmado de Síndrome Respiratória Aguda Grave

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

Verificar se houve exposição durante o período de transmissão da doença:

- Adultos: um dia antes até o 7º. dia após o início dos sintomas;
- Crianças (menores de 12 anos): um dia antes até o 14º. dia após o início dos sintomas.

ATENÇÃO:

- **A notificação de caso de SRAG** deve corresponder à definição padronizada;
- **Verificar a história vacinal** (contra influenza sazonal e pandêmica) dos casos e assinalar na FII no campo correspondente à **vacinação contra GRIPE** e especificar se sazonal ou pandêmica (H1N1);
- Destacar outras informações relevantes detectadas durante a investigação clínica-epidemiológica, que não estejam contempladas na ficha de investigação de influenza, no **campo observações adicionais**, inclusive no que diz respeito **ao uso de oseltamivir**.

9.4.. BUSCA ATIVA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE ENTRE OS CONTATOS

Diante de um caso de síndrome respiratória aguda grave, visando identificar novos casos com quadro semelhante, é necessário realizar a busca ativa de pessoas que tiveram contato próximo com o caso durante o período de transmissão da doença.

Mediante a identificação de contatos próximos com sinais e sintomas de síndrome respiratória aguda grave, ou síndrome gripal com fatores de risco, devem ser adotadas as condutas previstas acima.

Se o contato apresentar sinais e sintomas apenas de síndrome gripal, sem fator de risco, deve ser orientado a evitar locais com aglomerações de pessoas e, se possível, permanecer no domicílio, seguindo as orientações desta instrução normativa.

9.5. DETECÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE SÍNDROME GRIPAL

9.5.1. 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 à ocorrência de um possível surto, ao amplificar rumores de doenças na comunidade.

Diante do cenário atual da influenza pandêmica H1N1 2009, o Ministério da Saúde orienta às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios que sejam reforçadas as estratégias para a identificação e a 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 requeram 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 características distintas, o que implica em abordagens e estratégias de controle diferenciadas.

9.5.2. DEFINIÇÕES DE CASO PARA EFEITO DA VIGILÂNCIA DA INFLUENZA

a) Caso de Síndrome Gripal (SG):

- 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.

A SG abrange as seguintes infecções respiratórias agudas, com seus respectivos CID:

Infecções respiratórias agudas e CID-10

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

Fonte: Protocolo da SVS/MS/2010.

b) Surto de Síndrome Gripal

- Ocorrência de, pelo menos, 3 (três) casos de SG, com intervalo de até 7 (sete) dias entre as datas de início de sintomas, em 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, um mesmo setor de hospitais, dentre outros).

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

c). Critério de Confirmação para Surtos de Síndrome Gripal

- Resultado positivo em pelo menos uma das três amostras coletadas para a 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).

d) Critério de Descarte para Surtos de Síndrome Gripal (por vírus Influenza)

- 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).

9.5.3. Investigação de surto

Caracterização clínico-epidemiológica inicial:

- Para caracterizar e descrever o evento, a autoridade de saúde local deverá registrar:
 - Dados de identificação dos casos;
 - 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 casos de **SRAG** e 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 sazonal e pandêmica) dos casos;
- Destacar outras informações relevantes detectadas durante a investigação epidemiológica, que não estão contempladas na ficha de investigação de surto de influenza.

Importante: 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.

9.5.4. COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS EM SITUAÇÕES DE SURTO

As amostras de secreção nasofaríngea devem ser coletadas preferencialmente até o 3º (terceiro) dia após o início dos sintomas. Eventualmente, este período poderá ser ampliado para até, no máximo, sete dias após o início dos sintomas. Sugere-se que esta coleta seja efetuada em 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, por profissional capacitado ou dentro do próprio ambiente, se houver condições, para minimizar a transmissão do agente infeccioso durante o procedimento. Os procedimentos para coleta, acondicionamento e transporte de amostras devem seguir as orientações já descritas.

9.5.5. CONTROLE DE SURTOS EM COMUNIDADES FECHADAS/RESTRITAS

A vigilância em saúde local orientará a adoção de medidas de controle baseadas em intervenções não farmacológicas, quando identificar surtos de síndrome gripal com vínculo epidemiológico (temporal e espacial) em ambientes fechados/restritos.

Tais medidas poderão incluir a suspensão temporária de atividades, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença na população. 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, etc.);
- Para a definição do tempo de duração da suspensão temporária das atividades, além dos aspectos mencionados, devem ser analisadas as características da doença, em especial a apresentação clínica e a transmissibilidade a partir da data de início dos sintomas (adultos até o 7º. dia e crianças até o 14º. dia);
- Garantir o sigilo da identidade dos casos confirmados e evitar condutas discriminatórias para os mesmos;
- Reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção não farmacológicas. Orientações específicas para Centros de Detenção e Instituições Prisionais encontram-se publicadas no Diário Oficial do Estado de São Paulo - nº. 141 - DOE 31/07/09, p. 34, disponível também no endereço eletrônico do CVE/CCD/SES-SP: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/RESP/INFLU09_ORIENTA_DETENCAO.pdf

9.5.6. TRATAMENTO DE CASOS EM SITUAÇÃO DE SURTO

Se, durante a investigação de surto em comunidades fechadas/ambientes restritos, forem detectados casos de síndrome respiratória aguda grave ou indivíduos com síndrome gripal com **fatores/grupo** de risco para complicações da doença que requeiram tratamento específico, proceder conforme as orientações de tratamento, previstas em TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA.

Medidas adicionais dependerão dos achados da investigação epidemiológica e clínico-laboratorial.

9.5.7. NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE SURTOS

Surto de Síndrome Gripal deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto no SinanNET, assinalando no campo “Código do Agravado/Doença” o CID J06.

Observações:

- Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave (SRAG) e forem hospitalizados, de acordo com a definição de caso de SRAG hospitalizado, deverão ser notificados individualmente no Sinan online Influenza em 24 horas; e
- A notificação de casos no Sinan não está vinculada à distribuição de antiviral. A prescrição do antiviral a casos não graves, a partir da avaliação médica da presença de fatores ou situações específicas de risco individual.

A análise dos surtos deve considerar:

- Descrição dos casos segundo pessoa, tempo e lugar, procurando responder às seguintes perguntas: quem foi afetado? (pessoa), quando foram afetados? (tempo) e onde foram afetados? (lugar);
- Existência de pessoas pertencentes aos grupos de risco ou portadoras de doenças de base no grupo afetado que sejam preditoras de gravidade;
- História de contato, nos 30 dias anteriores, com casos semelhantes;
- Antecedente de vacinação contra a influenza pandêmica e/ou sazonal e outras informações consideradas relevantes para caracterizar a situação;
- Definição da data de início do surto, do período de duração e da data provável de exposição dos casos secundários, através da construção da curva epidêmica.

Para tanto, pode ser elaborado um gráfico do tipo “histograma”, apresentando os casos por data do início dos sintomas. A curva epidêmica possibilita caracterizar a magnitude do surto, sua tendência temporal e os intervalos de tempo entre a exposição e o adoecimento, indicando os períodos de incubação e de transmissibilidade.

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 por faixa etária.

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. É calculada por meio da seguinte fórmula:

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

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

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

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

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

9.6. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE SÍNDROME GRIPAL

9.6.1. INFORMAÇÕES GERAIS

As medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas, baseadas em intervenções não farmacológicas, para reduzir o risco de se adquirir ou transmitir doenças agudas de transmissão respiratória, incluso o vírus influenza A (H1N1) pandêmico, 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 o contato com superfícies;
- Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e o 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 considerados como casos suspeitos ou confirmados devem ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos.

Importante: Recomenda-se que o indivíduo com SG permaneça em domicílio durante sete dias. Caso persistam os sintomas gripais ou haja agravamento do quadro, procurar assistência médica imediata e recomenda-se retornar as atividades normais vinte e quatro horas após o desaparecimento dos sintomas.

9.6.2. CUIDADOS NO DOMICÍLIO

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

9.6.3. CUIDADOS EM CRECHES E ESCOLAS

Orientações específicas para escolas, centros de educação infantil e creches encontram-se no Diário Oficial do Estado de São Paulo, Nº. 144 – DOE de 05/08/09, p. 28, disponível no endereço eletrônico do CVD/CCD/SES-SP:

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/RESP/IF0309CCD_ESCOLAS.pdf

9.6.4. RECOMENDAÇÕES PARA GRÁVIDAS, PUÉRPERAS E RECÉM NASCIDOS

As recomendações atuais para a prevenção da influenza pandêmica (H1N1) 2009 em Gestantes encontram-se publicadas no Diário Oficial do Estado de São Paulo, Nº 95 - DOE de 21/05/10-seção 1- p.25. .Resolução SS-72, de 20-5-2010, disponível também no seguinte endereço eletrônico do CVE/CCD/SES-SP ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/RESP/gravida_res72_200510.pdf

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As mulheres grávidas tiveram maiores taxas de hospitalização, internação em UTI e óbito durante a atual pandemia de influenza H1N1 2009. Estima-se que o risco de hospitalização ou internação em UTI foi de cerca de 4-6 vezes superior à da população geral. Risco maior de complicações de infecção pelo vírus influenza A (H1N1) pandêmico em mulheres grávidas foi observado em praticamente todos os países que avaliaram sua situação epidemiológica. As razões para o aumento das taxas de complicações podem incluir a imunossupressão no final da gravidez, a diminuição do volume pulmonar e da reserva respiratória, e alterações cardiovasculares.

O tratamento antiviral para as mulheres grávidas tem sido freqüentemente inoportuno ou suspenso devido à relutância em receitar medicamentos.

Desta maneira, as gestantes em qualquer período da gestação foram incluídas na população alvo contemplada na estratégia de vacinação adotada pela SVS/MS, nos meses que antecedem a sazonalidade da influenza.

As mulheres em período pós-parto (puérperas), que estão em transição para a função imunológica, cardíaca e respiratória normal, devem ser consideradas com risco aumentado de complicações relacionadas à influenza até duas semanas após o parto (inclusive abortamento).

O tratamento com medicamentos antivirais é recomendada para mulheres grávidas ou que estão com suspeita ou confirmação de influenza e pode ser administrado durante todo o trimestre da gravidez. Em geral, a duração do tratamento antiviral é de cinco dias.

O ponto fundamental é manter as gestantes saudáveis separadas das pessoas sintomáticas, portanto, recomenda-se que evitem situações de exposição como aglomerações, viagens, utilização de transportes públicos, dentre outros.

Os serviços de pré-natal e as maternidades devem se organizar para minimizar o risco de exposição das gestantes a casos suspeitos ou confirmados de infecção por influenza pandêmica H1N1 e orientar medidas de prevenção e encorajar a imunização das gestantes.

Os sinais e sintomas da infecção pelo vírus influenza nas grávidas e puérperas são semelhantes aos apresentados pelos pacientes adultos em geral. No entanto, frente às modificações da resposta imune próprias da gestação, assim como as alterações da mecânica respiratória decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal no último trimestre de gestação, as mulheres grávidas são consideradas como situação de risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas à influenza.

Os riscos são ainda maiores nas gestantes portadoras de doenças crônicas, tais como asma brônquica, cardiopatias, nefropatias, doença falciforme e doenças auto-imunes, ou condições de imunossupressão.

As mulheres grávidas suspeitas ou confirmadas de infecção por influenza pandêmica H1N1 2009 e àquelas no período de até duas semanas pós-parto (inclusive abortamento) devem receber tratamento com oseltamivir imediatamente, sem esperar por resultado laboratorial confirmatório. Se a coleta foi realizada e o resultado de rt RT-PCR for negativo a terapia antiviral pode ser interrompida.

Oseltamivir é a droga de escolha para as mulheres grávidas por sua absorção sistêmica e a partir de estudos, até o momento, onde dados limitados não indicam efeito teratogênico, embora insuficientes para excluir qualquer risco do uso do oseltamivir na gravidez. No entanto, a febre alta causada pela infecção é um risco para o feto, e os riscos potenciais de doença materna grave e hipoxemia são muito superiores ao risco teórico de administração do oseltamivir (ou zanamivir) para gestante suspeita ou confirmada de influenza sem complicações.

Tanto o oseltamivir quanto zanamivir não interferem com a amamentação, não expondo o lactente às drogas, não sendo necessário ajuste da dose.

9.6.5. MANEJO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS COM SÍNDROME GRIPAL

Atendimento às Gestantes ou Puérperas em Serviços Ambulatoriais, Pronto-Atendimentos ou Pronto-Socorros:

- As gestantes e puérperas devem ser priorizadas no fluxo de atendimento.
- É extremamente importante que os serviços de saúde organizem um fluxo específico para o atendimento de gestantes e puérperas sintomáticas respiratórias, de modo a separá-las dos demais sintomáticos respiratórios e das gestantes saudáveis.
- A equipe de saúde envolvida no atendimento de pacientes com síndrome gripal deve utilizar equipamentos de proteção individual conforme as orientações contidas nessa Norma Técnica - MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA.
- Máscara cirúrgica descartável deve ser fornecida à gestante ou puérpera com síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, durante o atendimento.
- A gestante ou puérpera com síndrome gripal deve passar por uma minuciosa avaliação clínica, assim como **avaliada e orientada sua situação vacinal em relação à influenza pandêmica.**
- Recomenda-se o encaminhamento da paciente para um hospital mediante a presença de pelo menos um dos seguintes sinais: confusão mental, aumento da frequência respiratória (> 25 rpm), hipotensão em relação à pressão arterial habitual da paciente (PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg), desidratação, vômitos e/ou diarreia intensos, presença de comorbidades, leucograma ou RX de tórax* alterados.

- Caso a gestante ou puérpera não necessite permanecer internada, não devem ser coletadas amostras clínicas para diagnóstico específico de influenza.
- As gestantes e puérperas com síndrome gripal, mesmo não permanecendo internadas, deverão receber medicação específica – Oseltamivir – conforme descrito no ítem TRATAMENTO, independentemente da idade gestacional.
- As gestantes ou puérperas que não necessitem de internação devem permanecer em isolamento domiciliar por sete dias a partir do início dos sintomas.
- Se houver continuidade dos sintomas respiratórios por mais de sete dias, o isolamento deverá ser mantido até 24 horas após a cessação dos sintomas.
- Se os sintomas permanecerem por mais de sete dias, a paciente deve ser reavaliada no serviço de saúde.

A gestante ou puérpera com síndrome gripal deve ser mantida sob observação rigorosa, pelo risco de evolução grave da doença, mesmo não permanecendo internada. Nesse caso, recomenda-se reavaliação da paciente por meio de visita domiciliar, retorno ao serviço ou monitoramento telefônico dentro de 48 horas.

***Não há contra-indicações para a realização de radiografia de tórax, independentemente da idade gestacional.**

Atendimento às Gestantes ou Puérperas Internadas:

- a) A gestante ou puérpera internada com SRAG ou por outras complicações decorrentes de síndrome gripal deve ser mantida sob observação rigorosa, pelo risco de evolução grave da doença.
- b) Durante a internação, recomenda-se o acompanhamento da paciente também por um médico obstetra.
- c) Amostras clínicas deverão ser coletadas de gestantes ou puérperas internadas. Os agentes infecciosos prioritários para investigação etiológica são os vírus influenza, conforme preconizado em DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.
- d) As gestantes e puérperas internadas deverão receber medicação específica – Oseltamivir – conforme descrito em TRATAMENTO, independentemente da idade gestacional.
- e) Essas pacientes devem permanecer em quarto privativo, em isolamento com precauções para gotículas e precaução padrão, e, portanto, separadas das gestantes assintomáticas.
- f) Quando o número de quartos privativos não for suficiente para o atendimento de todas as pacientes que requeiram internação, deve ser estabelecido o isolamento por coorte,

ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade as pacientes com infecção confirmada por influenza pandêmica H1N1.

- g) O tempo mínimo de uso da precaução para gotículas (utilização de máscara cirúrgica pelo profissional que atuar a uma distância inferior a um metro da paciente com síndrome gripal) deve ser de sete dias a partir do início dos sintomas da gestante ou puérpera.
- h) Se houver continuidade dos sintomas respiratórios por mais de sete dias, o isolamento e as precauções para gotículas deverão ser mantidos até 24 horas após a cessação dos sintomas.
- i) Recomenda-se a alta da gestante ou puérpera somente após avaliação clínica criteriosa, com base na evolução e resposta ao tratamento instituído.
- j) Caso seja realizado o descarte laboratorial de influenza ou se confirme outro diagnóstico durante a internação, e a paciente tenha condições clínicas, a alta poderá ser antecipada.

9.6.6. Tratamento

- a) Recomenda-se o tratamento com o oseltamivir por cinco dias (dose de 75mg – duas vezes ao dia) de todas as puérperas e gestantes com síndrome gripal, independentemente da idade gestacional, preferencialmente até 48 horas após o início da febre.
- b) Dados sobre interação medicamentosa com o oseltamivir são limitados. Atenção especial deve ser dada às portadoras de insuficiência renal, tendo em vista que a eliminação do oseltamivir processa-se por via renal. A dose deve ser ajustada ao clearance de creatinina.
- c) Tão importante quanto o tratamento específico para a síndrome gripal em gestantes ou puérperas, é a adoção oportuna de todas as medidas de suporte clínico à paciente, segundo a avaliação médica de cada caso, além do uso das medidas não farmacológicas. O acetaminofen deve ser utilizado sempre que houver febre, uma vez que a hipertermia está relacionada a defeitos no tubo neural e outras intercorrências no recém-nascido.
- d) Se for afastado o diagnóstico de infecção por qualquer vírus influenza, suspender a administração do oseltamivir.
- e) Dados adicionais sobre tratamento, eventos adversos relacionados ao oseltamivir e distribuição do medicamento devem ser consultados em TRATAMENTO, na presente instrução normativa.

9.6.7. RECOMENDAÇÕES PARA OS RECÉM-NASCIDOS

Considerações Gerais

A conhecida imaturidade da resposta imune anti-infecciosa própria dos recém-nascidos (RN), em particular das defesas locais respiratórias, além da imaturidade pulmonar nos pré-termos, certamente determinam alta probabilidade de infecção de curso grave entre os filhos de gestantes infectadas com influenza pandêmica H1N1.

O risco de transmissão vertical do vírus da influenza A/H1N1 2009 ainda é pouco conhecido. Portanto, deve-se considerar o RN potencialmente infectado se o início de sintomas da mãe ocorrer **dois dias antes até sete dias após o parto**.

9.6.8. Conduta Frente Ao Recém-Nascido de Mãe com Síndrome Gripal

- **RN assintomático e mãe estável:**

- a) O RN deve ser monitorado quanto aos sinais e sintomas de influenza enquanto estiver sob assistência hospitalar.
- b) Manter em quarto privativo e bem ventilado, com isolamento para gotículas e precaução padrão, mantidos por 14 dias ou até a alta hospitalar.
- c) A equipe médica e de enfermagem deverá utilizar máscara cirúrgica e luvas para manipular o RN.
- d) Restringir o acesso a visitantes.
- e) Deve ser considerado o afastamento do RN do contato direto com a mãe que apresente síndrome gripal, até a resolução das seguintes condições: uso do antiviral (oseltamivir) por 48 horas ou mais, cessação da febre e controle da tosse e das secreções respiratórias.
- f) Cumpridas as condições acima, manter o RN em berço comum a 1 (um) metro de distância da mãe, em quarto privativo.
- g) A mãe deve utilizar máscara cirúrgica e lavar as mãos antes de manipular ou amamentar o lactente. A máscara deve ser desprezada após o uso e a mãe deve lavar as mãos.
- h) Realizar coleta de secreção respiratória no segundo dia de vida do RN. O tipo de amostra e os procedimentos para a coleta, transporte e acondicionamento das amostras estão contemplados em DIAGNÓSTICO LABORATORIAL dessa norma.
- i) Na vigência de resultado negativo, o RN pode ser retirado do isolamento.

- **RN assintomático e mãe na UTI com quadro fortemente suspeito ou confirmado:**
 - a) O RN deve ser monitorado quanto aos sinais e sintomas de influenza enquanto estiver sob assistência hospitalar.
 - b) Colocar o RN em incubadora, com isolamento para gotículas e precaução padrão, mantidos por 14 dias ou até a alta hospitalar.
 - c) A equipe médica e de enfermagem deverá utilizar máscara cirúrgica e luvas para manipular o RN.
 - d) Restringir o acesso a visitantes.
 - e) Realizar coleta de secreção respiratória no segundo dia de vida do RN. O tipo de amostra e os procedimentos para a coleta, transporte e acondicionamento das amostras estão contemplados em DIAGNÓSTICO LABORATORIAL dessa norma.
 - f) Na vigência de resultado negativo, o RN pode ser retirado do isolamento.

- **RN sintomático:**
 - a) Encaminhar o RN para UTI neonatal.
 - b) Colocar o RN em incubadora, com isolamento para gotículas e precauções padrão, mantidos por 14 dias ou até a alta hospitalar.
 - c) A equipe médica e de enfermagem deverá utilizar máscara cirúrgica e luvas para manipular o RN.
 - d) Caso seja necessária intubação traqueal e/ou aspiração de vias aéreas, adotar precauções para aerossóis.
 - e) Iniciar oseltamivir, na apresentação e dose recomendadas, com monitorização da função renal, hepática e de sintomas gastrintestinais.
 - f) Restringir o acesso a visitantes.
 - g) Realizar a coleta de secreção respiratória. O tipo de amostra e os procedimentos para a coleta, transporte e acondicionamento das amostras estão contemplados em DIAGNÓSTICO LABORATORIAL dessa norma.
 - h) Na vigência de resultado negativo, o RN pode ser retirado do isolamento.
 - i) Preencher a notificação de caso suspeito de SRAG e encaminhar à vigilância municipal para a digitação oportuna no SinanWeb.

9.7. ALEITAMENTO MATERNO

- a) O leite materno não é considerado fonte de infecção de vírus influenza para o bebê. Ao contrário, tem o papel de prevenir as infecções respiratórias da infância, portanto, a amamentação deve ser estimulada.

- b) O uso do antiviral oseltamivir pela mãe não contra-indica a amamentação.
- c) Deve ser considerado o afastamento do RN do contato direto com a mãe que apresente síndrome gripal, até a resolução das seguintes condições: uso do antiviral (oseltamivir) por 48 horas ou mais, cessação da febre e controle da tosse e de secreções respiratórias.
- d) A mãe deve realizar a higienização rigorosa das mãos, previamente a cada amamentação.
- e) A mãe deve utilizar máscara cirúrgica durante a amamentação e nos cuidados com o bebê, até sete dias após o início da febre ou até 24 horas após o término dos sintomas.
- f) Se os sintomas impedirem o ato de amamentar, a mãe deve coletar o leite e uma terceira pessoa assintomática deve fornecê-lo ao lactente.

9.8. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE SÍNDROME GRIPAL EM GESTANTES E PUÉRPERAS

- a) Gestantes saudáveis devem evitar situações que facilitem sua exposição, como aglomerações, viagens, dentre outros.
- b) Grávidas e puérperas apresentando síndrome gripal devem procurar imediatamente assistência médica, preferencialmente aquele que realiza o seu acompanhamento de pré-natal, para avaliação clínica e indicação de tratamento específico (oseltamivir) e, se necessário, internação.
- c) As gestantes ou puérperas com síndrome gripal que não necessitem de internação devem permanecer em isolamento domiciliar por sete dias a partir do início dos sintomas.
- d) Se houver continuidade dos sintomas respiratórios por mais de sete dias, o isolamento deverá ser mantido até 24 horas após a cessação dos sintomas.
- e) Se os sintomas permanecerem por mais de sete dias, a paciente deve ser reavaliada no serviço de saúde.
- f) Gestantes e puérperas com síndrome gripal devem evitar entrar em contato próximo com outras pessoas.
- g) Devem permanecer em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos.
- h) Outras medidas de prevenção e controle a serem adotadas para reduzir o risco de adquirir ou transmitir doenças agudas de transmissão respiratória, incluindo o vírus influenza pandêmico A (H1N1), são:
 - Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e o nariz, ao tossir ou espirrar, para evitar a disseminação de aerossóis;
 - Utilizar lenço descartável para a higiene nasal;

- Higienizar as mãos com água e sabonete antes de tocar mucosas de olhos, nariz e boca E após tossir, espirrar ou usar o banheiro;
- Higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Manter os ambientes ventilados.

9.9. PREVENÇÃO À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL DE GESTANTES

- a) **Grávidas, em qualquer idade gestacional, devem ser vacinadas imediatamente contra influenza pandêmica H1N1 2009 e transferidas, temporariamente, para setores cujas atividades sejam de menor risco por duas semanas ou até 21 dias.**
- b) Recomenda-se que os serviços de saúde procedam à identificação e transferência temporária da funcionária gestante vacinada ou não, que preste serviço em **setores de pronto atendimento e de urgência/emergência e do atendimento direto a pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**, para outros setores cujas atividades sejam de menor risco.
- c) Recomenda-se que estabelecimentos de ensino (escolas, centros de educação infantil, creches, dentre outros) procedam à transferência temporária das gestantes não vacinadas para setores, dentro desses locais, cujas atividades sejam de menor risco, e onde não estejam expostas a alunos com síndrome gripal. Assim como, devem estimular a vacinação das funcionárias gestantes e afastar alunos e funcionários com sinais e sintomas de síndrome gripal, além de monitorar as taxas de absenteísmo de alunos e professores, decorrentes de síndrome gripal e notificar imediatamente à autoridade de saúde de sua área de abrangência sobre a ocorrência de surtos. Em caso de surto, as funcionárias gestantes vacinadas ou não, que trabalham na sala ou setor no qual ocorreram os casos, devem ser afastadas temporariamente até o controle do surto.
- d) Na impossibilidade de transferência (referida nos ítems acima), alternativas legais de afastamento temporário podem ser consideradas junto às interessadas.
- e) Recomenda-se, também, que os estabelecimentos que possuam funcionárias gestantes vacinadas contra influenza pandêmica H1N1 2009 adotem e reforcem medidas adicionais para reduzir risco de infecção por influenza e outros vírus respiratórios, minimizando sua exposição a indivíduos sintomáticos respiratórios e promovendo condições para a adoção de medidas preventivas (higienização das mãos, limpeza e ventilação do ambiente, dentre outras).

Obs: Estas recomendações são aplicáveis até que seja superado o período pandêmico no Estado de São Paulo.

10. MONITORAMENTO DE INDICADORES QUALITATIVOS

Semanalmente, a Opas/OMS monitora a situação da influenza pandêmica H1N1 2009 nos países-membros, entre eles o Brasil, por meio de indicadores qualitativos de dispersão geográfica, de intensidade, de impacto e de tendência.

A partir de fevereiro de 2010, serão informados pelos estados a avaliação dos indicadores referentes à semana epidemiológica anterior ao envio.

Esta rotina deverá ser adotada pelas equipes estaduais, informando ao MS, por meio do Formsus (acesso disponibilizado em breve).

O monitoramento de internação e atendimentos por síndrome gripal e/ou SRAG serão avaliados a partir de registros em hospitais com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE):

Indicadores:

- **Dispersão geográfica**

A dispersão geográfica refere-se ao número e distribuição dos locais que notificam influenza.

- **Tendência**

A tendência se refere à mudança ocorrida no nível de atividade da doença em relação à semana anterior.

- **Intensidade**

Intensidade é uma estimativa do percentual de pessoas com doença respiratória aguda, incluindo influenza e pneumonia.

- **Impacto**

Impacto se refere ao nível de sobrecarga dos serviços de assistência à saúde (atenção primária, de média ou alta complexidade) atendendo casos de doença respiratória aguda.

11. MONITORAMENTO DAS INTERNAÇÕES E DA MORTALIDADE POR INFLUENZA (SAZONAL E NOVOS SUBTIPOS) E PNEUMONIA

O 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.

11.1. 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 àquelas 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.

- 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) SIH – Sistema de Informações Hospitalares:

Este sistema, que cobre a população usuária do 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, ou mais complexas, como modelos de regressão.

- Indicadores básicos para a 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) SIM – Sistema de Informações de Mortalidade:

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, ou técnicas mais complexas, utilizando-se modelos de regressão.

- Indicadores básicos para a 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:

Deverão ser monitorados os códigos compreendidos entre J09 a J18 e J22.

J09	J10.8	J14	J17.1
J10.0	J11.0	J15 (todos)	J18.1
J10.1	J11.1	J16.0	J18.9
J17.0	J12 (todos)	J16.8	J18.0
	J13	J17.2	J18.8

Fonte: Protocolo SVS/MS, 2010.

12. VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA

No Brasil, O Sistema de Vigilância Sentinela para Influenza (SVS/MS) possui 62 unidades e tem como um de seus objetivos monitorar as cepas do vírus influenza circulantes, visando a adequação imunogênica da vacina contra a influenza utilizada anualmente, além da identificação de novas cepas de vírus influenza.

No estado de São Paulo, o sistema de Vigilância Sentinela da Influenza compõe-se de 10 unidades, distribuídas em áreas estratégicas, a saber, duas unidades no município de São Paulo, uma unidade em Guarulhos, Santos, Taubaté, Sorocaba, Bauru, Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

Esse sistema está implantado em todos os 26 estados e no Distrito Federal, além de três municípios de fronteira. Para toda unidade sentinela é preconizada a coleta de, no mínimo, cinco amostras de secreção nasofaríngea de indivíduos que apresentem síndrome gripal, por semana epidemiológica. A meta é coletar pelo menos 80% das amostras preconizadas nas unidades sentinela 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 com o total de atendimentos realizados na unidade (nas áreas de clínica médica e pediatria), nas mesmas faixas etárias, e 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 ainda há muitas falhas e descontinuidade das atividades em grande parte da rede, e que esta é uma estratégia que pode identificar casos do vírus de influenza pandêmico A (H1N1) na comunidade.

13. RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto, cabe reiterar a importância do fortalecimento e da manutenção de **vigilância ativa em relação à influenza, e o incentivo à imunização dos grupos prioritários neste momento**, em todos os níveis (central, regional e municipal) no estado. Em particular, o monitoramento das internações hospitalares e mortalidade por influenza e pneumonias, assim como a ocorrência de **SRAG** indeterminada e/ou com óbito concomitante devem ser investigadas.

A notificação e a investigação oportunas de casos suspeitos, surtos, agregados de casos e óbitos por doença respiratória febril aguda, com a detecção rápida do agente causal, permitirão a adoção de medidas oportunas de prevenção e controle deste agravo e a revisão periódica das ações preconizadas.

14. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Este ítem 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, dentre outros).

Pressupõem, portanto, a utilização de diferentes linguagens e mídias, e devem ser desenvolvidas no transcorrer de todo o processo, 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, para o compartilhamento de experiências e para uso legal.
- Utilização de *folders* ou cartazes em creches, escolas, presídios, asilos, hospitais, e outras instituições, com o intuito de orientar as pessoas sobre cuidados básicos de higiene e a buscar atendimento médico caso apresentem os sintomas de síndrome gripal.
- Produção de informes técnicos, boletins epidemiológicos, publicações em periódicos, orientações gerais via internet, redes sociais, e-mail, etc.
- Promoção de fóruns educativos, videoconferências, e outras estratégias de mídia.

A produção e a disseminação de informações, através de técnicas adequadas, são atividades importantes durante o processo de investigação e comunicação de risco.

15. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Central/CIEVS/CVE - Plantão 24 horas, todos os dias.

Telefone: 0800 555 466 - Fax: (11) 3066-8132 - Notificação online no endereço

eletrônico: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> ou e-mail para: notifica@saude.sp.gov.br

Recomenda-se, também, a leitura de outros informes, boletins periódicos e links que se encontram disponíveis no *site* do CVE: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Agradecimentos especiais

A todos que colaboraram direta e indiretamente na atualização e revisão da presente instrução normativa estadual sobre Influenza Pandêmica H1N1 2009, versão 2010.

Coordenadoria de Controle de Doenças /SES-SP

*Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda
Gerusa Figueiredo
Alice Tiago de Souza
Sara Romena
Sylia Rehder
Marcos Rosado*

Diretoria Técnica CVE/CCD

*Ana Freitas Ribeiro e Assistentes Técnicos
Márcio Vieira Borges
Vera Malheiro*

Instituto Adolfo Lutz/CCD

*Marta Lopes Salomão e Assistentes Técnicos
Maria do Carmo Timenetsky
Luíza Terezinha Madia de Souza
Marina Oyafuso*

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória /CVE

*Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas
Ana Lúcia Frugis Yu
Bernadete Liphhaus
Maria Inês Gonçalves Okai*

Divisão de Infecção Hospitalar/CVE

*Denise Brandão de Assis
Geraldine Madalosso
Sílvia Alice Ferreira*

Divisão de Imunização/CVE

Helena Keico Sato e equipe

Central de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/CVE

Alessandra Cristina Guedes Pellini e equipe

NIVE/CVE

*Paula Araújo Opromolla
Pedro Antonio Vieira da Silva
Sandra de Brito Cunha
Márcia Costa Dobrowisch
Zilda Souza*

Unifesp

Nancy Bellei

Bibliografia

1. World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009 - update 99, Weekly update, 7 May 2010, disponível em http://www.who.int/csr/don/2010_05_07/en/index.html.
2. Brasil. SVS/MS. Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 – Monitoramento de Síndrome Respiratória Aguda Grave em pacientes hospitalizados, semana epidemiológica 1 a 13 de 2010, Informe Técnico Mensal de Influenza; Edição nº 2 , Abril 2010 disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_abril_2010.pdf.
3. Brasil. SVS/MS; Boletim eletrônico EPIDEMIOLOGICO: CADERNO ESPECIAL INFLUENZA, Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 – Análise da situação epidemiológica e da resposta no ano de 2009; março 2010, ano 10, nº 2; disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_influenza_25_03.pdf;
4. Brasil, CGPNI/DEVEP/SVS, Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009 8 de março a 21 de maio de 2010 Informe Técnico Operacional, 2010; disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_vacina_18_03.pdf
5. Brasil. SVS/MS. >>Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG - 22 de abril de 2010, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_manejo_influenza_22_04.pdf
6. Brasil. SVS/MS Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 - Notificação, Investigação e Monitoramento - Março de 2010, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_ve_influenza_2010.pdf
7. Brasil. SVS/MS Protocolo para o Enfrentamento à Pandemia de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009: Ações da Atenção Primária à Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_atencao_basica_25_03_10.pdf
8. Estado de São Paulo, Diário Oficial do Estado de São Paulo, Comunicado DG/IAL - 10, de 7-7-2009; DO Nº 126 – DOE de 08/07/09 –p.73

9. European Medicines Agency pandemic influenza (H1N1) website, Tamiflu, disponível em <http://www.emea.europa.eu/influenza/antivirals/tamiflu/tamiflu.html>)
10. (10) U.S. Food and Drug Administration, Emergency Use of Tamiflu in Infants Less than 1 Year of Age, October 30th, 2009, disponível em <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm183870.htm>
11. Center for Diseases Control and Prevention, Specific Regimens for Treatment and Chemoprophylaxis of 2009 H1N1 Influenza A, <http://www.cdc.gov/H1N1flu/recommendations.htm#table1>
12. Kimberlin D, Acosta E, Sanchez P, et al. Oseltamivir (OST) and OST Carboxylate (CBX) Pharmacokinetics (PK) in Infants: Interim Results from a Multicenter Trial [abstract 804]. In: 47th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America. Philadelphia, PA, 2009
13. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet* 2009; 374:451-8.
14. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009; 361:1935-44.
15. Tanaka T, Nakajima K, Murashima A, et al. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women. *CMAJ* 2009; 181:55-8.
16. Center for Diseases Control and Prevention Updated Interim Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season, December 29, 2009, disponível em http://www.cdc.gov/H1N1flu/pregnancy/antiviral_messages.htm
17. Updated Interim Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season, December 29, 2009, 1:30 PM ET.
18. CVE. Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza A(H1N1), 2010. www.cve.saude.sp.gov.br.

ANEXOS

Anexo I

Ficha de Investigação Individual – Influenza Pandêmica H1N1 2009 (frente).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)
 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

CASO SUSPEITO DE INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO): Todo paciente procedente de área afetada que apresente temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ E tosse OU dor de garganta OU dispnéia

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença Código (CID) 3 Data da Notificação
INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO) **J11**

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Gestante 13 Raça/Cor
 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Recebeu Vacina contra Gripe 34 Se sim, data da última dose 35 Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

36 Se sim, data da última dose 37 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)

01 - Domicílio 05 - Posto de Saúde/Hospital 09 - Ignorado
 02 - Vizinhança 06 - Outro Estado/Município 10 - Meio de Transporte
 03 - Trabalho 07 - Sem História de Contato 11 - Outro
 04 - Creche/Escola 08 - Outro País

38 Informações sobre Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)

Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte

39 Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas? 40 UF 41 Nome do Município 42 País
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Clínicos

43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Dispnéia Mialgia Diarréia
 Tosse Dor de Garganta Conjuntivite Outros _____
 Calafrios Artralgia Coriza

44 Comorbidade 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Cardiopatia crônica Renal Crônico Imunodeprimido Doença Metabólica Crônica
 Pneumopatia crônica Hemoglobinopatia Tabagismo Outros _____

Anexo I

Ficha de Investigação Individual – Influenza Pandêmica H1N1 2009 (verso).

Atendimento	45 Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		46 Data da Internação		47 UF	
	48 Município do Hospital		Código (IBGE)		49 Nome do Hospital	
Dados Laboratoriais	PCR		51 Tipo de Amostra		52 Resultado	
	50 Data da Coleta		1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro		1 - Positivo 3 - Inconclusivo 2 - Negativo 4 - Não realizado	
	53 Diagnóstico Etiológico		1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso		54 Tipo	
	CULTURA		56 Tipo de Amostra		57 Resultado	
	55 Data da Coleta		1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro		1 - Positivo 3 - Não realizado 2 - Negativo	
	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO		59 Resultado		61 Tipo	
58 Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		H N		
60 Diagnóstico Etiológico		1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso		H N		
RAIO X TÓRAX		63 Se sim, resultado		65 Critério de Confirmação		
62 Data da Realização		1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
Conclusão	64 Classificação Final		65 Critério de Confirmação		65 Critério de Confirmação	
	1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado 2 - Outro agente infeccioso		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável de Fonte de Infecção					
	66 O caso é autóctone do município de residência?		67 UF		68 País	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado					
69 Município		Código (IBGE)		70 Distrito		
71 Bairro		72 Doença Relacionada ao Trabalho		73 Evolução do Caso		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
74 Data do Óbito		75 Data do Encerramento				
Observações Adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	

Anexo II – Ficha de Investigação de Surto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		3 - Surto				
	2	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1 ^o Caso Suspeito		
Notificação de Surto	8	Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação						
	9	Local Inicial de Ocorrência do Surto						
Dados de Ocorrência	10	UF	11	Município de Residência	Código (IBGE)	12	Distrito	
	13	Bairro		14	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	15	Número	16	Complemento (apto., casa, ...)		17	Geo campo 1	
	18	Geo campo 2		19	Ponto de Referência		20	CEP
	21	(DDD) Telefone		22	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		23	País (se residente fora do Brasil)
	24	Data da Investigação		25	Modo Provável da Transmissão			
	26	Se indireta, qual o veículo de transmissão provável						
Situação Inicial	1 - Direta (pessoa a pessoa)		2 - Indireta (Veículo comum ou Vetor)		9 - Ignorado			
	1 - Alimento/Água		2 - Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água)		3 - Vetor			
	4 - Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)		5 - Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)		9 - Ignorado			
	6 - Outro Especificar _____		6 - Outro Especificar _____		6 - Outro Especificar _____			
	Observações							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura			

Anexo III

Boletim de Acompanhamento de Surto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 3 - Surto

2 Data da Notificação: _____

3 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____

5 Agravado/Doença: _____ Código (CID10): _____

6 Atualização: 1. Diária 2. Semanal

7 Data do Início dos 1^o Sintomas (do acompanhamento): _____

8 Número de casos suspeitos no período: _____

9 Número de casos hospitalizados no período: _____

10 CASOS SUSPEITOS E ÓBITOS OCORRIDOS NO PERÍODO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

FAIXA ETÁRIA	CASOS		ÓBITOS	
	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
MENOR DE 1 ANO				
1 a 4 ANOS				
5 a 9 ANOS				
10 a 14 ANOS				
15 a 19 ANOS				
20 a 29 ANOS				
30 a 49 ANOS				
50 e +				
TOTAL				

Classificação Final dos casos

11 Confirmados por Laboratório: _____

12 Confirmados por Critério Clínico-Epidemiológico: _____

13 Confirmados por Critério Clínico: _____

14 Descartados: _____

15 OBSERVAÇÕES

Investigador

16 Município/Unidade de Saúde: _____

17 Código da Unid. de Saúde: _____

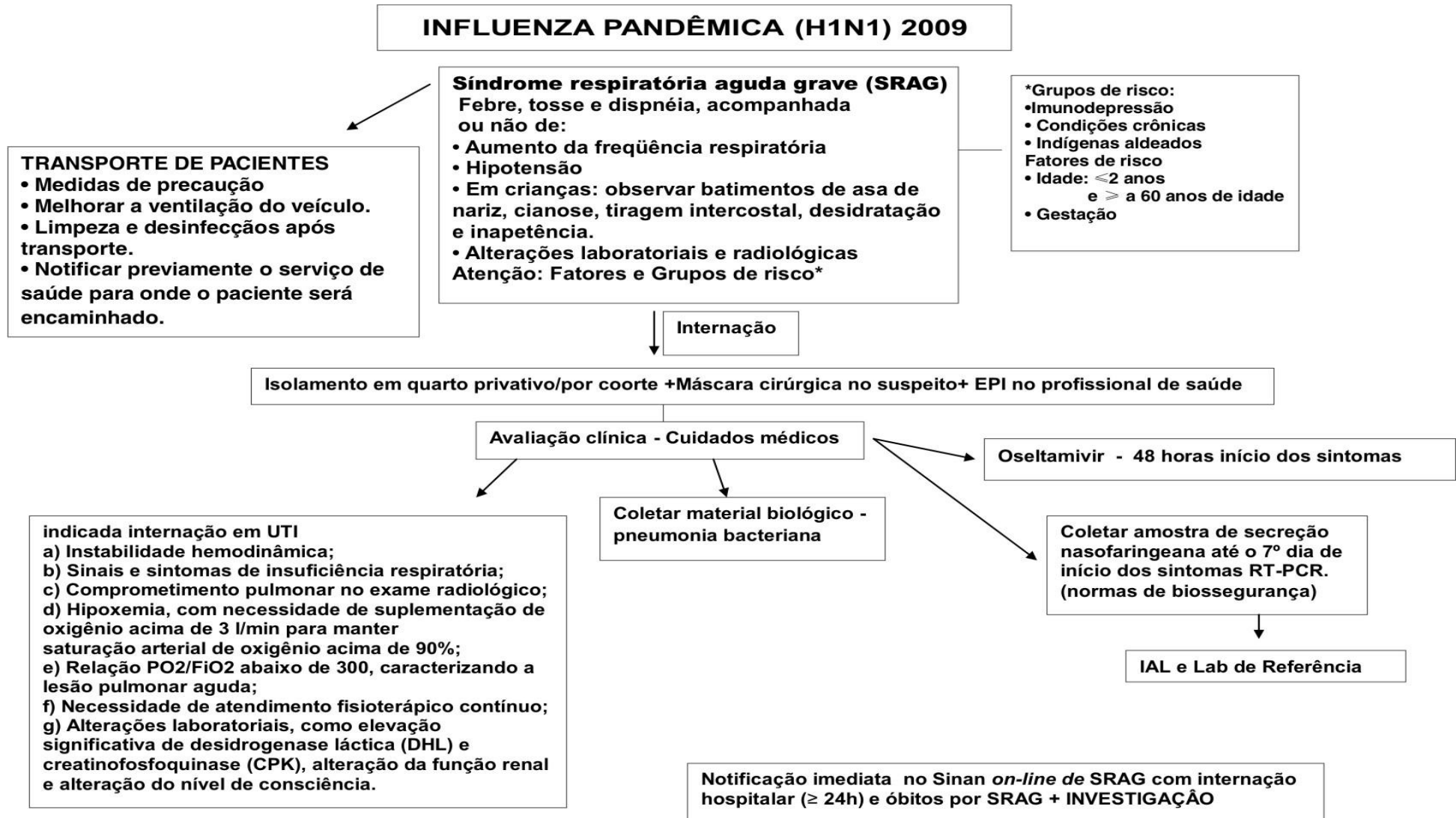
18 Nome: _____

19 Função: _____

20 Assinatura: _____

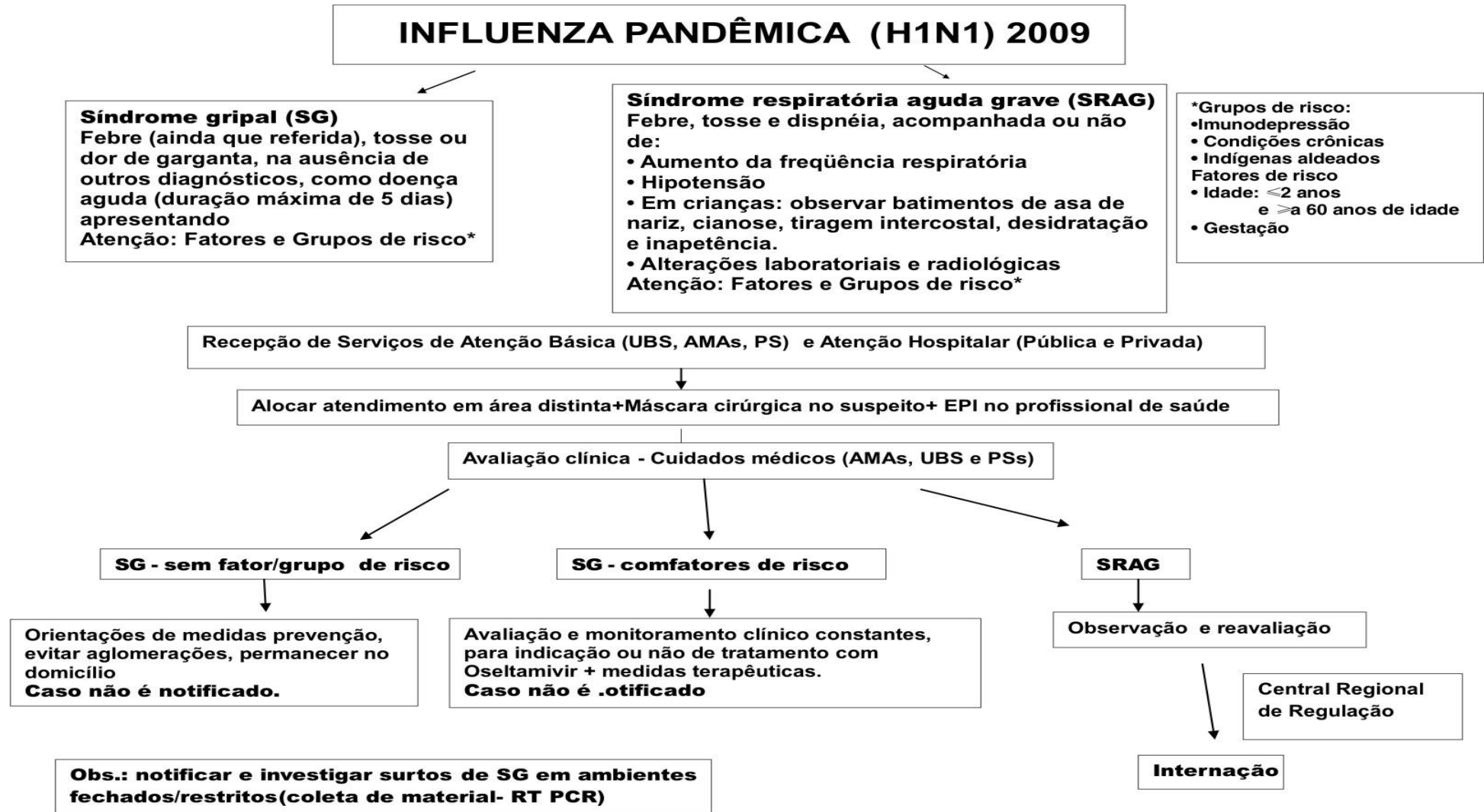
Anexo IV

Procedimento operacional padrão – POP (1).



Anexo IV

Procedimento operacional padrão – POP (2).



Fonte: foto vírus CDC/Atlanta-EUA.

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

CCD
Coordenadoria de
Controle de Doenças

**SECRETARIA
DA SAÚDE**

