

**DIRETRIZES PARA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E
VIGILÂNCIA AOS CASOS DE
SÍNDROME GRIPAL (SG) E
SÍNDROME RESPIRATÓRIA
AGUDA GRAVE (SRAG) COM
ÊNFASE NA *INFLUENZA* NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

VERSÃO 1.0
MAIO/2016

Governador do Estado de Minas Gerais

Fernando Damata Pimentel

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Luiz Sávio de Souza Cruz

Secretária-Adjunta em Saúde

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

Chefia de Gabinete

Maria Thereza Rodrigues da Cunha

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Maria do Carmo

Subsecretária de Regulação em Saúde

Roseli da Costa Oliveira

Subsecretária de Vigilância e Proteção à Saúde

Celeste de Souza Rodrigues

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Pedro Mousinho Gomes Carvalho Silva

Subsecretária de Gestão Regional

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Assessora de Comunicação Social

Patrícia Corrêa Giudice

Organização**Diretoria de Redes Assistenciais**

Christian Chebly Prata Lima

Claudia Carvalho Pequeno

Kátia Rita Gonçalves

Colaboradores

Adriana Rodrigues Almeida

Alexandre Viana Andrade

Ana Augusta Pires Coutinho

Ana Paula Medrado de Barcellos

Bárbara Moreira Viegas

Christian Chebly Prata Lima

Claudia Carvalho Pequeno

Daniel Emílio da Silva Almeida

Fernando Antônio Botoni

Gilmar José Coelho Rodrigues

Homero Cláudio R. Souza Filho

Kátia Rita Gonçalves

Larissa Matoso Balsamão

Luciana Márcia Felisberto

Luciene Luiz Rocha

Maria Aparecida Turci

Patrícia de Oliveira

Marineide Gonçalves Araújo

Natalia Carine Soares Colem

Natalia Dantas Barbosa Mascarenhas Vitor

Natália Paludeto Guerreiro

Nerice Cristina Ventura Costa de Oliveira

Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar

Renata Gomes de Alcântara

Renata Pereira de Souza

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Rosane Augusta Lucindo

Tatiane Bettoni

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Cidade Administrativa: Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Prédio Minas,
12º andar, Bairro Serra Verde, 3.630-900, Belo Horizonte - MG

Esse manual foi baseado nos seguintes arquivos publicados pelo Ministério da Saúde:	
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2015 . Brasília: Ministério da Saúde, 2014.	<i>Elaboração, edição e distribuição</i> MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis Esplanada dos Ministérios, bloco G Edifício Sede, 1º andar, Sala 134 CEP: 70058-900, Brasília/DF <i>Site:</i> www.saude.gov.br/svs <i>E-mail:</i> svs@saude.gov.br
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.	
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.	

SUMÁRIO

Editorial.....	06
1. Introdução.....	08
2. Vigilância Epidemiológica.....	09
2.1 Definição de Caso	09
2.2 Objetivos da Vigilância Epidemiológica	10
2.3 O Contexto de Atuação da Vigilância	10
2.4 Notificação	17
2.5 Investigação	18
2.6 Medidas de Prevenção e Controle	19
2.7 Conduitas Frente a Surtos e Eventos	20
Rede de Serviços de Atenção à Saúde.....	24
3. Atenção Primária à Saúde.....	24
3.1 Recomendação para a Organização do Atendimento	25
3.2 Medidas de Prevenção nos Serviços de Saúde	26
3.3 Acolhimento e Classificação de Risco	26
3.4 Manejo Clínico	27
3.5 Quimioprofilaxia	28
3.6 Gestantes e Puérperas	29
4. Unidades de Urgência e Emergência (UPA, Pronto Atendimento, Pronto Socorro e outras)	31
4.1 Organização do Processo de Trabalho	31
4.2 UPA 24h, Pronto Atendimento e Pronto Socorro	31
4.3 Estrutura do Serviço	
4.4 Apoio Diagnóstico	
4.5 Limpeza e Desinfecção de Superfícies	
4.6 Prevenção da Transmissão entre Pacientes e Profissionais de Saúde	
4.7 SAMU 192 e Transporte entre as Unidades de Saúde	
5. Atenção Hospitalar.....	35
5.1 Apoio Diagnóstico	35
5.2 Isolamento no Ambiente Hospitalar	36
5.3 Unidade de Terapia Intensiva	36
5.4 Organização dos Serviços de Atenção Hospitalar para a Influenza	37

6. Tratamento e Acesso aos Medicamentos Utilizados no Manejo da Influenza	37
6.1 Fluxo de Programação de Medicamentos	38
6.2 Fluxo de Programação de Medicamentos Diferenciada	40
6.3 Passo-a-passo para a Programação dos Medicamentos no SIGAF	41
Referências	43
Anexo	
I. Síndrome Gripal/Síndrome Respiratória Aguda Grave: Classificação de Risco e Manejo Clínico	45
II. Instruções para Diluição do Oseltamivir a Partir da Capsula de 75 mg para Administração a Crianças	
III. Normas e Procedimentos para o Diagnóstico Laboratorial da <i>Influenza</i>	

EDITORIAL

A *influenza* (gripe) acontece durante todo o ano, com maior frequência durante o outono e inverno, quando as temperaturas caem.

Em 2016, o aumento no número de casos registrados da doença em Minas Gerais preocupam as autoridades de saúde, principalmente antecipação do período de pico de infecções pela doença.

A gripe pode ser causada pelo vírus *influenza* A, B e C. Os tipos A e B são os que apresentam maior importância clínica. O vírus A, em média, é responsável por 75% das infecções, no entanto, varia durante as temporadas, alternando com o vírus B. Os dois tipos sofrem frequentes mutações, por isso são responsáveis pela maioria das epidemias sazonais.

A melhor prevenção contra a doença é por meio de vacinação anual. Os grupos com maior risco de desenvolver complicações devido à *influenza* - idosos, crianças, gestantes e indivíduos com comorbidades – são os que mais se beneficiam dessa intervenção.

A vacina é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus *influenza*, reduzindo o agravamento da doença. A estratégia de vacinação na rede pública de saúde foi gradualmente ampliada e especializada para atender da melhor forma possível aqueles mais suscetíveis à gripe e suas complicações. Atualmente, os grupos prioritários são pessoas com 60 anos ou mais de idade; crianças na faixa etária de seis meses a menores de cinco anos; gestantes; puérperas (até 45 dias após o parto); povos indígenas e pessoas com doenças crônicas como diabetes, asma, bronquite, por exemplo, e outras condições clínicas especiais, como transplantados; população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional; profissionais de saúde.

Além de medidas de precaução contra doenças que atacam o trato respiratório, para a redução do risco de adquirir ou transmitir quaisquer uns destes patógenos, orienta-se que também sejam adotadas medidas gerais de prevenção.

Para prevenir, são recomendadas medidas de higiene como: lavar bem e com frequência as mãos com água e sabão, utilizar o antebraço ou o lenço de papel quando for tossir ou espirrar (evitando assim cobrir a boca com as mãos, área de grande potencial para espalhar a contaminação), evitar tocar os olhos, a boca e o nariz após contato com superfícies, não compartilhar objetos de uso pessoal e preferencialmente manter os ambientes bem ventilados.

O trabalho é intenso, e cabe ao profissional de saúde elaborar e executar planos de ação, voltados para a educação em saúde, juntamente com as instituições e comunidades em que atuam. Informação é essencial para que cada indivíduo tenha

consciência sobre os riscos da *influenza*, e para que conheça as principais medidas de precaução e controle de infecção.

Este Documento dá ênfase aos aspectos epidemiológicos e a abordagem clínica dos quadros de síndrome gripal sem complicações, associados a fatores de risco para complicações, sinais de agravamento, exames específicos e inespecíficos e tratamento. Faz abordagem dos principais diagnósticos diferenciais relevantes, vacinação, a quimioprofilaxia e as medidas de prevenção e controle para a influenza.

1. INTRODUÇÃO

A *influenza* é uma doença sazonal, de ocorrência anual e, em regiões de clima temperado, as epidemias ocorrem, quase que exclusivamente, nos meses de inverno.

No Brasil, o padrão de sazonalidade varia entre as regiões, sendo mais marcado naquelas com estações climáticas bem definidas, ocorrendo com maior frequência em locais de clima temperado nos meses mais frios.

A *influenza* é descrita como uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Frequentemente, é caracterizada por início abrupto dos sintomas, que são predominantemente sistêmicos, incluindo febre, calafrios, tremores, dor de cabeça, mialgia e anorexia, assim como sintomas respiratórios com tosse seca, dor de garganta e coriza. A infecção, geralmente, dura uma semana e os sintomas sistêmicos podem persistir por alguns dias, sendo a febre o mais importante. Algumas pessoas, como idosos, crianças novas, gestantes e pessoas com alguma comorbidade possuem mais risco de desenvolver complicações devido à *influenza*. Um indivíduo pode contrair-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave.

Nesse contexto, a *influenza* constitui uma das grandes preocupações das autoridades sanitárias mundiais, devido ao seu impacto na morbimortalidade, decorrente das variações antigênicas cíclicas sazonais. Uma característica importante das pandemias é a substituição da cepa atual por uma nova cepa pandêmica. A importância da *influenza* como questão de saúde pública cresceu após o ano de 2009, quando se registrou a primeira pandemia do século XXI, devido ao vírus *influenza A* (H1N1) pdm09, com mais de 190 países notificando milhares de casos e óbitos pela doença. Verifica-se maior gravidade em idosos, crianças, pessoas com comprometimento imunológico, cardiopatias, pneumopatias, entre outros.

2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

2.1 Definições de Caso

Para o correto manejo clínico da *influenza*, é preciso considerar e diferenciar os casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Surto de Síndrome Gripal.

Quadro 1: Definições de síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave e surto de síndrome gripal.

Síndrome gripal (SG)	Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e, pelo menos, um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.
Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)	Indivíduos de qualquer idade, com Síndrome Gripal E que apresentem dispneia OU saturação periférica de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU sinais de desconforto respiratório E/OU: 1. Aumento da frequência respiratória de acordo com a idade, Taquipneia em Crianças: • Até 2 meses: FR $\geq$ 60 irpm; • 2 meses e < 12 meses: FR $\geq$ 50 irpm; • de 13 meses a 4 anos: FR $\geq$ 40 irpm; • 4 anos: FR $\geq$ 30 irpm. Taquipneia em Adultos: • FR: > 25 irpm, na ausência de febre. 2. Piora nas condições clínicas de base; 3. Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente. Crianças: além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas: • Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia; • Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.
Surto de síndrome gripal	Caracteriza-se pela ocorrência de, pelo menos, três casos de síndrome gripal em ambientes fechados/restritos*, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas.

	ATENÇÃO: Em ambiente hospitalar, considerar a ocorrência de, pelo menos, 3 casos de síndrome gripal ocorridos no mesmo setor, vinculados epidemiologicamente e que ocorreram, no mínimo, 72 horas após a data de admissão.
--	--

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2015

*Exemplos de ambientes fechados/restritos: asilos e clínicas para repouso; creches; unidades prisionais ou correcionais; população albergada; dormitórios coletivos; bases militares; mesma unidade de produção em empresas ou em indústrias; mesmo setor de hospitais.

2.2 Objetivos da Vigilância Epidemiológica

- Monitorar as cepas do vírus *influenza* circulantes no Brasil;
- Avaliar o impacto da vacinação contra a doença;
- Acompanhar a tendência da morbidade e da mortalidade associadas à doença;
- Identificar grupos e fatores de risco para *influenza*;
- Responder a situações inusitadas e ocorrências de surtos;
 - Detectar e oferecer resposta rápida à circulação de novos subtipos que poderiam estar relacionados à pandemia de *influenza*;
- Produzir e disseminar informações epidemiológicas;
- Estudar a resistência dos antivirais.

2.3 O Contexto de Atuação da Vigilância

O contexto de funcionamento de um sistema de vigilância, em termos práticos, envolve três aspectos: a população, a rede de serviços de atenção à saúde e a autoridade de saúde pública. O processo tem início na população, onde ocorre a doença e termina na população onde são executadas as medidas de prevenção e controle da doença. **É importante reconhecer, nesse contexto, o papel exercido pela rede de serviços de atenção de saúde uma vez que ela identifica, notifica e confirma os eventos de saúde, sob vigilância. Ainda, é através dela que os programas de prevenção e controle executam muitas de suas ações.** Como consequência, a operação eficiente do sistema de vigilância depende em grande parte do nível de organização, infraestrutura, capacitação e compromisso das redes de serviços de atenção de saúde locais. **Assim, entende-se a vigilância como uma observação sistemática e contínua da frequência, da distribuição e dos**

determinantes dos eventos de saúde e suas tendências na população. A vigilância é essencial para as atividades de prevenção e controle de doenças e é uma ferramenta na alocação de recursos do sistema de saúde, bem como na avaliação do impacto de programas e serviços de saúde.

No que tange aos contextos de atuação da vigilância tem-se, para a *Influenza*, as vigilâncias destacadas a seguir:

Vigilância Sentinela da *Influenza*

Rede sentinela em *influenza* e sua composição: são unidades ou serviços de saúde, já implantados, considerados Unidades Sentinelas para o registro de informação de casos de SG e SRAG, “são unidades ou serviços de saúde, já implantados, considerados Unidades Sentinelas para o registro de informação de casos de SG e SRAG. São registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e atuam na identificação, registro, investigação e diagnóstico de casos suspeitos e confirmados. De acordo com a Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014, a rede sentinela em *influenza* é composta por unidades de saúde definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, estados e Distrito Federal, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão, segundo o fluxo estabelecido pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Seus objetivos principais incluem identificação dos vírus da *influenza* circulantes no Brasil contribuindo com a composição da vacina contra *influenza*, isolar espécimes virais para o envio ao Centro Colaborador de *Influenza*, referência nas Américas para a Organização Mundial de Saúde (OMS); conhecer a patogenicidade e virulência do vírus *influenza* circulante em cada período sazonal, visando à orientação terapêutica.

A Vigilância Sentinela da *Influenza* possui 2 (dois) componentes, definidos de acordo com a população, descritos no artigo 27 da Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014: Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, com monitoramento da vigilância agregada por Semana Epidemiológica (SE) dos atendimentos por SG; e Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, com monitoramento da vigilância agregada por SE pelo CID 10: J09 a J18.

Em Minas Gerais existem oito (8) unidades sentinelas de SG e três (3) de SRAG, distribuídas conforme o Quadro 1.

Quadro 2: Distribuição das Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, Minas Gerais, 2015.

Município	Unidades Sentinelas de SG	Unidades Sentinelas de SRAG
Belo Horizonte	● Hospital Odilon Behrens ● UPA Barreiro ● UPA Norte ● UPA Oeste ● UPA Venda Nova	● Hospital Odilon Behrens ● Hospital Risoleta Tolentino Neves ● Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Pouso Alegre	Hospital Samuel Libânio	
Betim	UAI Sete de Setembro	
Contagem	UPA GVP	

Fonte: SIVEP-Gripe/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG.
OBS.: Unidades cadastradas até maio/2016

As metas estabelecidas para as Unidades Sentinelas de *influenza* serão monitoradas e avaliadas a cada quatro meses. O não cumprimento implicará na suspensão do repasse financeiro.

Metas estabelecidas para as unidades sentinelas de *influenza*

- **SG:** Realizar, no mínimo, **80%** de registros (SIVEP-Gripe) e coleta de material por Semana Epidemiológica (SE), **cinco amostras** de Secreção Nasofaríngeo (SNF); alimentar o Sistema SIVEP-Gripe, semanalmente, e informar proporção de atendimentos por SG, em relação ao total de atendimentos no serviço, semanalmente.
- **SRAG:** Registrar, no mínimo, **80% dos casos de SRAG internados na UTI**, com devida coleta de amostra, envio ao Lacen e digitação no SIVEP-Gripe, semanalmente. Coletar, do total dos casos registrados, 80% de amostra. Realizar em 90% das semanas epidemiológicas registro do número de internações, que ocorreram na instituição por **CID 10: J09 a J18**. As metas estabelecidas para as unidades sentinelas de *influenza* serão monitoradas conforme a Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014. O não cumprimento implicará a suspensão do repasse financeiro.

No que tange as unidades sentinelas em Minas Gerais é importante ressaltar, que os processos de trabalho devem ser bem definidos e sistematizados com o objetivo maior de êxito no cumprimento das metas regulamentadas pela Portaria Nº 183 de 30 de janeiro de 2014.

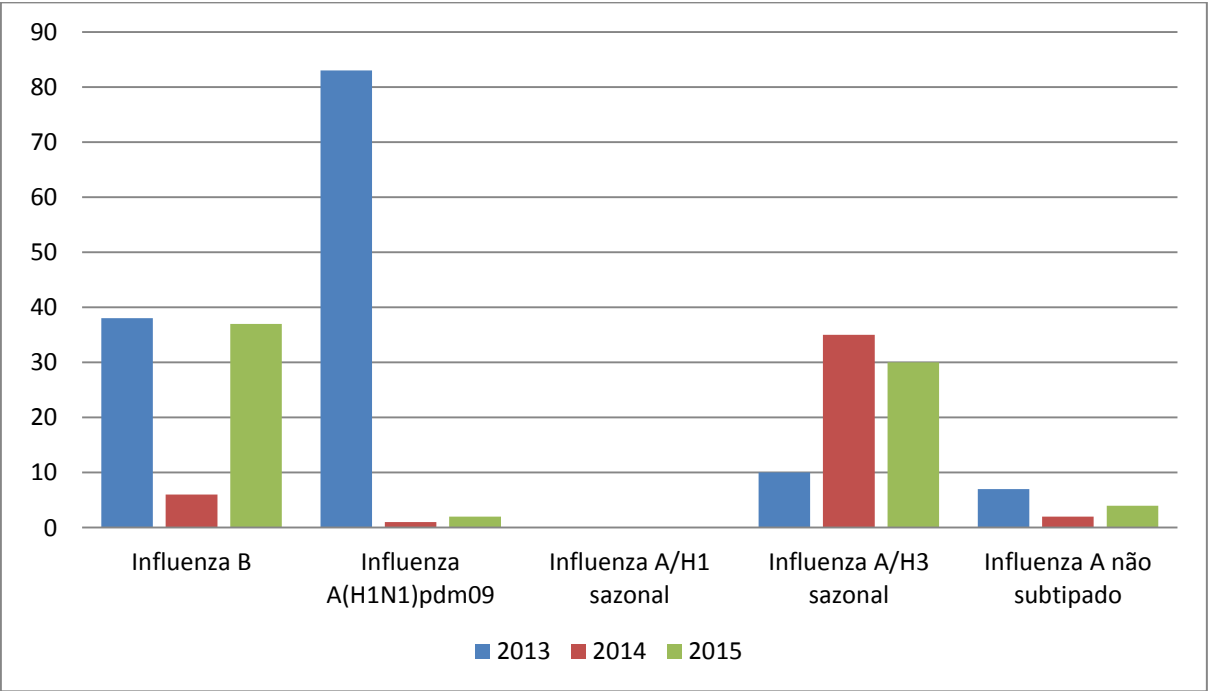
Ressalta-se tal importância considerando, sobretudo, o fortalecimento da vigilância epidemiológica para a *Influenza*, através da identificação da circulação dos vírus (*Influenza*) bem como de outros vírus respiratórios, de acordo com a patogenicidade, a virulência em cada período sazonal, a existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral.

Vigilância Universal de SRAG

A vigilância universal de SRAG foi implantada no Brasil em 2009, em decorrência da pandemia de *influenza* e, a partir deste fato, o Ministério da Saúde incluiu esta notificação na rotina dos serviços de vigilância em saúde. **Atentar para as definições de caso, conforme já descritas na introdução.*

No estado de Minas Gerais, o padrão de circulação desses agentes se apresenta de modo diversificado com alterações anuais no que tange ao vírus predominante. As Unidades Sentinelas têm papel relevante para detectar, oportunamente, essas alterações e encaminhar amostras para avaliação internacional e composição de vacinas. Os gráficos 1 e 2 ilustram o padrão de circulação dos vírus respiratórios nos anos de 2013 a 2015, por meio das amostras coletadas nas Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal. Os gráficos 3 e 4 demonstram o padrão de circulação dos vírus respiratórios nos anos de 2013 a 2015 por meio das amostras coletadas na vigilância universal de SRAG.

Gráfico 1 – Síndrome Gripal por Influenza, 2013 a 2015, Minas Gerais.

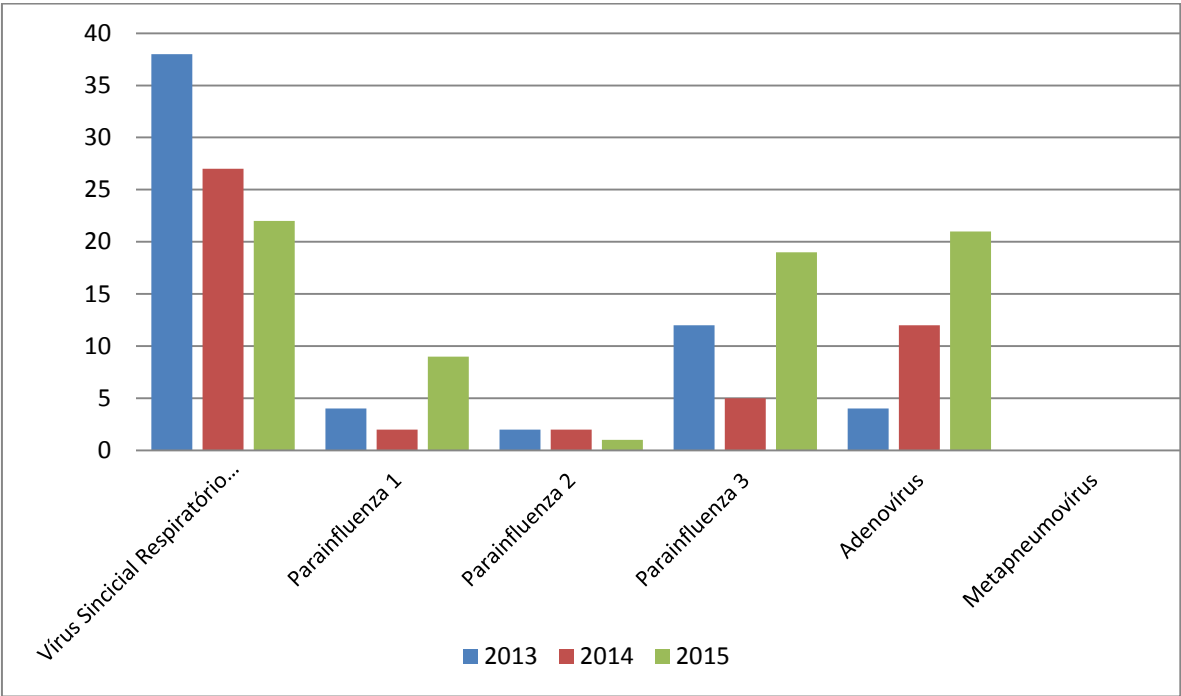


Fonte: Sinan Influenza on line, consulta em 29/04/2016.
Nota: Dados sujeitos a alterações.

O gráfico 01 demonstra que no ano de 2013, houve o predomínio do vírus Influenza A (H1N1) pdm09, com grande representatividade na frequência de casos. Na sequência, o vírus *Influenza B* se apresenta como o 2º subtipo com maior circulação no referido ano e, por conseguinte, o *Influenza A* (H3) sazonal e *Influenza A* não subtipado com menor circulação. No ano de 2014, ocorre o predomínio do vírus *Influenza A* (H3) sazonal, por conseguinte, o vírus *Influenza B* como o 2º subtipo, já o *Influenza A* não subtipado e o vírus *Influenza A* (H1N1) pdm09 apresentam menor representatividade na frequência de casos; situação que corrobora a diversificação no padrão de circulação viral a cada ano. Em 2015, ocorre o predomínio do vírus *Influenza B*, posteriormente, o vírus *Influenza A* (H3) sazonal e com menor frequência no padrão de circulação o *Influenza A* não subtipado e *Influenza A* (H1N1) pdm09.

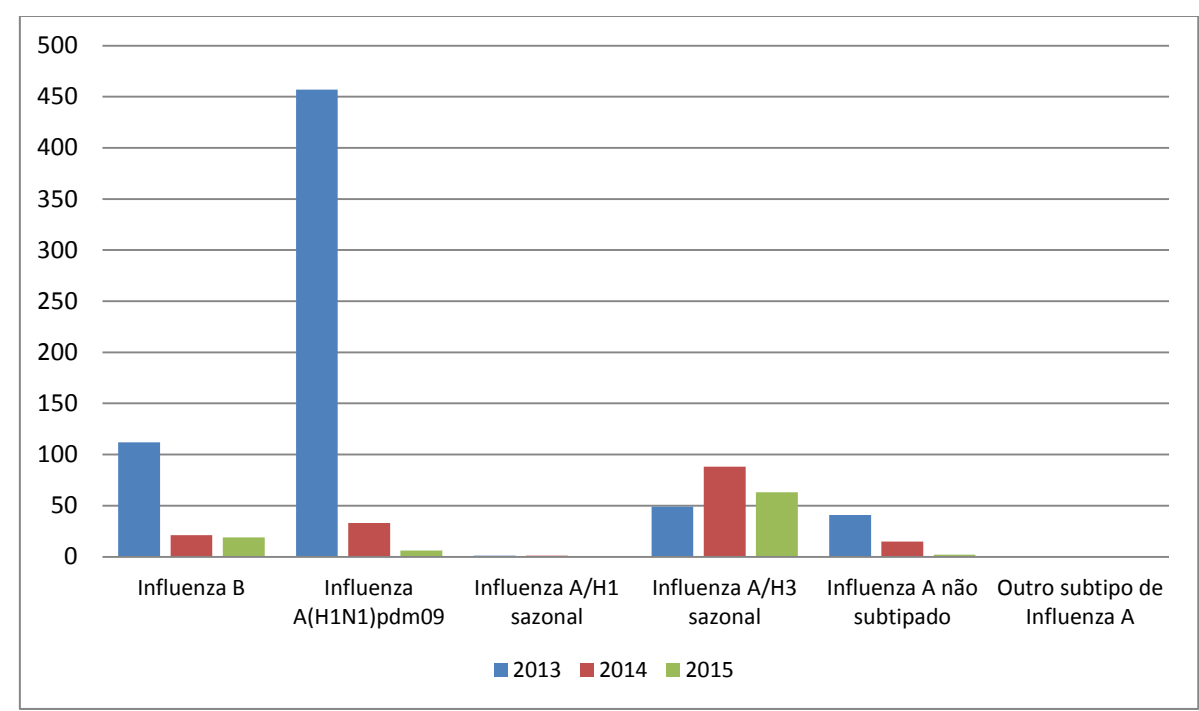
O gráfico 02, que se refere aos outros vírus respiratórios apresenta o predomínio do vírus sincicial respiratório nos 3 anos da série histórica, conforme segue:

Gráfico 2 – Síndrome Gripal por outros vírus respiratórios, 2013 a 2015, Minas Gerais.



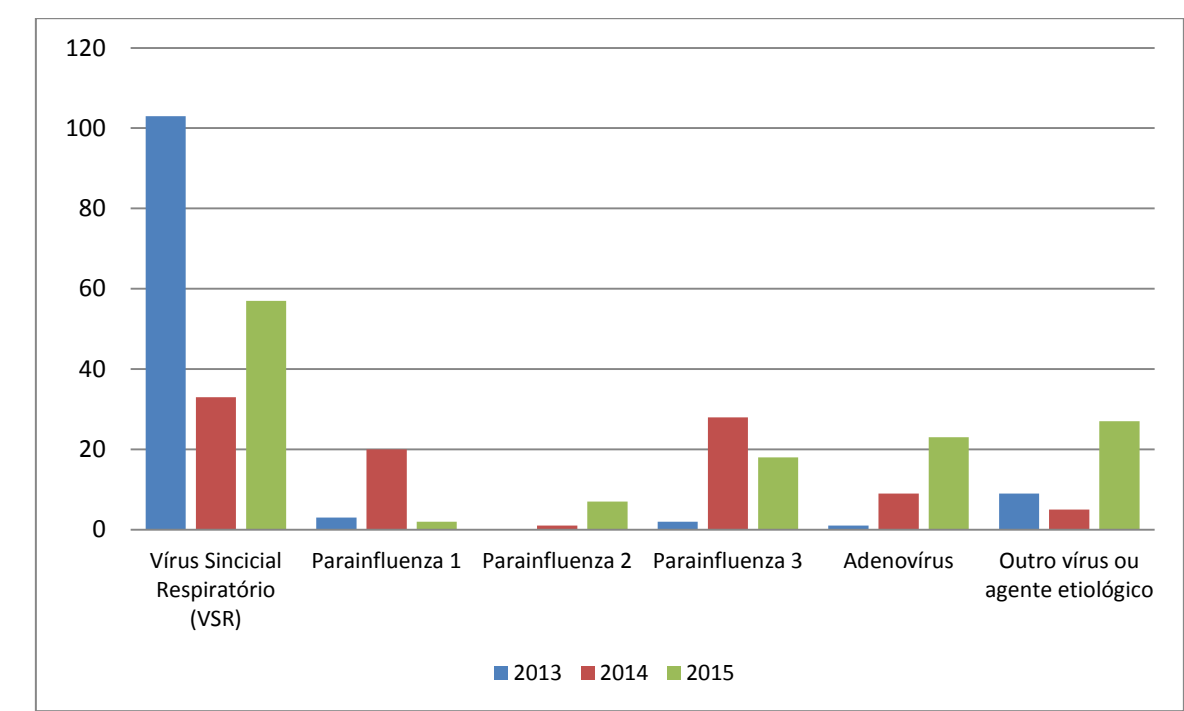
Fonte: Sinan *Influenza* on line, consulta em 29/04/2016.
Nota: Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 3 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, 2013 a 2015, Minas Gerais.



Fonte: Sinan *Influenza* on line, consulta em 29/04/2016.
Nota: Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por outros vírus respiratórios, 2013 a 2015, Minas Gerais.



Fonte: Sinan *Influenza* on line, consulta em 29/04/2016.
Nota: Dados sujeitos a alterações.

O gráfico 03 demonstra que no ano de 2013, houve o predomínio do vírus *Influenza A (H1N1) pdm 09*, com grande representatividade na frequência de casos para SRAG. Na sequência, o vírus *Influenza B* se apresenta como o 2º subtipo com maior circulação no referido ano e, por conseguinte, o *Influenza A (H3) sazonal* e *Influenza A* não subtipado com menor circulação. No ano de 2014, ocorre o

predomínio do vírus *Influenza A* (H3) sazonal, na sequência o vírus *Influenza A* (H1N1) como o 2º subtipo, e os vírus *Influenza B* e *Influenza A* não subtipado se apresentam com menor representatividade na frequência de casos. Em 2015, ocorre novamente o predomínio do vírus *Influenza A* (H3) sazonal, posteriormente, o vírus *Influenza B*; com menor frequência no padrão de circulação o *Influenza A* (H1N1) pdm09.

O gráfico 04, que se refere a frequência de SRAG por outros vírus respiratórios, também apresenta o predomínio do vírus sincicial respiratório nos 3 anos da série histórica, conforme observado.

Cabe atentar que o vírus sincicial respiratório (VSR), tem distribuição mundial e causa surtos sazonais em meses frios (outono e inverno), cujo grupo de risco inclui os imunocomprometidos, crianças menores de 6 meses, cardiopatas, pneumopatas e idosos institucionalizados.

Vigilância de surto de SG

- **Surto em comunidade fechada ou semifechada:** ocorrência, de pelo menos, três casos de SG ou óbitos, observando-se as datas de início dos sintomas.
- **Surto em ambiente hospitalar:** ocorrência, de pelo menos, três casos de SG ou casos e óbitos confirmados para *influenza*, vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão.

Critério de confirmação de agente etiológico em um surto de SG: Resultado laboratorial positivo em, pelo menos, uma das três amostras coletadas. Nessa 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).

Critério de descarte de agente etiológico em um surto de SG: Resultado laboratorial negativo nas amostras coletadas, conservadas e transportadas, de modo adequado ao laboratório. Nessa situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

2.4 Notificação

O que deve ser notificado?

- Caso de SRAG hospitalizado: **deverá ser notificado de forma individual** em sistema informatizado específico - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET)** - **Sinan Influenza online: www.saude.gov.br/influenza**. **Ficha de Registro Individual de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) internada ou óbito por SRAG;**
- Óbito por SRAG: **notificar no Sinan Influenza online: www.saude.gov.br/influenza**. **Ficha de Registro Individual de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) internada ou óbito por SRAG;**
- Surto de SG em comunidades fechadas: **deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto do Sinan NET, assinalando, no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto, o CID J06.** Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/ informada.

Os casos de surto de SG, que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de caso de SRAG, deverão ser notificados individualmente em sistema informatizado específico.

O que não deve ser notificado?

Casos isolados de SG, com ou sem fator de risco para complicações pela doença, inclusive aqueles para os quais foi administrado o antiviral. Quando casos isolados de SG forem atendidos em unidades sentinelas e triados para coleta de amostras, deverão ser registradas no SIVEP-Gripe.

Conduta frente aos contatos próximos de SRAG

Considerar o momento em que ocorreu a exposição à fonte de infecção, ou seja, ao caso suspeito ou confirmado de SRAG, verificando se essa exposição foi durante o período de transmissão da doença:

- Adultos: um dia antes do e até 7 dias após o início dos sintomas;
- Crianças menores de 12 anos: um dia antes e até 14 dias do início dos sintomas;

Após avaliação, se o contato apresentar SRAG, notificar o caso que necessitar de hospitalização ou evoluir para óbito;

A quimioprofilaxia deverá ser realizada nos contatos conforme indicação deste Instrumento. Conferir o item 3.5 “Quimioprofilaxia”.

2.5 Investigação

Caracterização clínico-epidemiológica inicial

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

- dados de identificação do paciente;
- antecedentes de exposição;
- tipo de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, entre outros);
- características clínicas dos casos suspeitos com atenção especial à pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações da doença;
- verificação da notificação do surto corresponde à definição padronizada;
- verificação da história vacinal (contra *influenza*) dos casos;
- descrição, se houve ou não, indicação e realização de quimioprofilaxia (Conferir o item 3.5 “Quimioprofilaxia”);
- outras informações relevantes, detectadas durante a investigação epidemiológica, que não estão contempladas na ficha de investigação de *influenza*.

Para efeito operacional, diante da ocorrência de surtos de SG 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.

Detecção e investigação de surtos

Os responsáveis pela instituição ou serviço devem comunicar imediatamente à VE do município a ocorrência de surtos em ambientes fechados restritos. A VE municipal deverá investigar imediatamente a suspeita notificada e comunicar à VE regional e estadual.

Notificação disponível no site: www.saude.mg.gov.br/gripe

2.6 Medidas de Prevenção e Controle

Imunização

Vacina *influenza* (fracionada, inativada): É realizada, anualmente, para prevenção da doença. Idealmente deve ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade efetiva e segura durante o período de circulação sazonal do vírus. A composição e a concentração de antígenos hemaglutinina (HA) são atualizadas a cada ano, em função dos dados epidemiológicos, que apontam o tipo e cepa do vírus *influenza* que está circulando de forma predominante nos hemisférios Norte e Sul. A estratégia de vacinação no país é direcionada para grupos prioritários com predisposição para complicações da doença. Recomenda-se uma dose anual da vacina.

Grupo prioritário para recebimento da vacina:

- Crianças com idades de 6 meses a menores de 5 anos;
- Gestantes, independente da idade gestacional;
- Puérperas até 45 dias após o parto;
- Trabalhador de saúde, que exerce atividades de promoção e assistência à saúde, atuando na recepção, no atendimento e na investigação de casos de infecções respiratórias, nos serviços públicos e privados, nos diferentes níveis de complexidade;
- Povos indígenas: para toda a população indígena, a partir dos 6 meses de idade;
- Indivíduos com 60 anos ou mais de idade;
- População privada de liberdade;
- Pessoas que apresentem comorbidades ou condições clínicas especiais, tais como: transplantados de órgãos sólidos e medula óssea, doadores de órgãos sólidos e medula óssea, devidamente cadastrados nos programas de doação, imunodeficiências congênitas, imunodepressão devido a câncer ou imunossupressão terapêutica, comunicantes domiciliares de pessoas com comprometimento imunológico, cardiopatias crônicas; pneumopatias crônicas, diabetes mellitus, fibrose cística, portadores de trissomias, implante de cóclea, doenças neurológicas crônicas incapacitantes, usuários crônicos de ácido acetilsalicílico, nefropatia crônica/síndrome nefrótica, asma em uso de corticoides inalatório ou sistêmico (moderado ou grave), hepatopatias crônicas.

A vacinação de pessoas com comorbidades ou condições clínicas especiais será realizada em todos os postos de vacinação e nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Nestes casos, mantém-se a necessidade de prescrição médica, que deverá ser apresentada no ato da vacinação.

Contraindicação

- Crianças menores de 6 meses de idade;
- Indivíduos com história de reação anafilática prévia ou alergia grave relacionada ao ovo de galinha e seus derivados.
- Indivíduos que, após o recebimento de qualquer dose anterior, apresentaram hipersensibilidade imediata (reação anafilática).

Precauções Padrão

A implementação das precauções padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. Compreendem:

- Higienização das mãos antes e após contato com o paciente;
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): avental e luvas, no contato com sangue e secreções;
- Uso de óculos e máscara cirúrgica simples, se houver risco de respingos.

2.7 Condutas Frente a Surtos e Eventos

A *influenza* pode se disseminar rapidamente entre as populações, especialmente aquelas que vivem em ambientes restritos ou fechados, podendo causar morbidade considerável e interrupção das atividades diárias. Por isso, é importante que, mediante situações de surto ou epidemia, sejam adotadas medidas específicas para interrupção.

Recomendações para escolas e creches

Não há indicação de quimioprofilaxia para comunidade escolar, devendo somente receber quimioprofilaxia individual pessoas consideradas com condições e fator de risco para complicações por *influenza* (Conferir o item 3.5 “Quimioprofilaxia”);

- Alunos, professores e demais funcionários que adoecerem devem permanecer em afastamento temporário por 48 horas na suspeita clínica de *influenza*, podendo ser liberado o retorno à escola se clinicamente estável, sem uso de antitérmico e sem febre por 24 horas. Ao retornar à escola manter cuidados de etiqueta respiratória durante sintomas respiratórios.
- Não está indicada a suspensão de aulas e outras atividades para controle de surto de *influenza* como medida de prevenção e controle de infecção.

- Em casos de surtos de SG, coletar amostra de material, conforme Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015);
- Devem ser adotadas as seguintes medidas preventivas:
 - Cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso.
 - Lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar.
 - No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel.
 - Evitar tocar olhos, nariz ou boca.
 - Evitar contato próximo com pessoas doentes.

Recomendações para população privada de liberdade

- Vacinar anualmente a população privada de liberdade (carcerária);

Não há indicação de quimioprofilaxia para a população carcerária em caso de surto, por esta não se tratar de população de risco de complicação para *influenza*. Deve ser feita a quimioprofilaxia somente para pessoas expostas, consideradas com condição ou fator de risco para complicações (Conferir o item 3.5 “Quimioprofilaxia”);

- O caso suspeito ou confirmado deverá ser mantido em cela individual;
- Evitar trânsito de profissionais entre alas com e sem doentes;
- Realizar coleta de amostra para diagnóstico de *influenza* em caso suspeito a partir da ocorrência de dois casos confirmados;
- Em casos de surtos de SG, coletar amostra de material, conforme Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015).

Recomendações para instituições fechadas e hospitais de longa permanência

- Vacinar, anualmente, todos os residentes e funcionários;
- Realizar coleta de amostra para diagnóstico de *influenza* em caso suspeito, a partir da ocorrência de dois casos confirmados;
- Realizar busca ativa diária, até pelo menos uma semana, após a identificação do último caso;
- Realizar quimioprofilaxia nos casos elegíveis, de acordo com orientações do Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015) - (Conferir o item 3.5 “Quimioprofilaxia”);
- Implementar medidas de prevenção – precaução padrão e precaução de gotículas e aerossóis para todos os residentes e internados com suspeita ou

confirmação de *influenza* por 7 dias, após o início dos sintomas, ou por até 24 horas após o desaparecimento da febre e dos sintomas respiratórios;

- Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte (pessoas com sintomas compatíveis);
- Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.

Quadro 3: Condições e Fatores de Risco para Complicações

Condições e fatores de risco para complicações	• Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal); • Adultos ≥ 60 anos; • Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente, as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade) • População indígena aldeada; • Residentes em instituições e hospitais de pacientes crônicos; • Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye); • Indivíduos com imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids; • Indivíduos com condições crônicas: hemoglobinopatias, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais crônicas, doenças metabólicas como: diabetes mellitus e obesidade mórbida, Índice de Massa Corporal (Peso/Altura²) >40, alguns relatos de casos graves colocam o IMC >30 como fator de risco.
--	---

Em pacientes que apresentem fatores de risco para complicações por *influenza* deve ser dada atenção especial aos seguintes sinais de agravamento:

Quadro 4: Sinais de Agravamento sem indicação de terapia intensiva

Sinais de agravamento que necessitam de avaliação para indicação ou não de terapia intensiva (piora do quadro)	• Aparecimento de dispneia, taquipneia (ver Quadro 1) ou hipoxemia (SpO2 < 95%); • Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus <i>influenza</i> ou secundária a uma infecção bacteriana); • Exacerbação de doença preexistente (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica); • Disfunções orgânicas graves (exemplo: insuficiência renal aguda); • Miosite comprovada por elevação da creatinofosfoquinase – CPK
--	---

	(≥ 2 a 3 vezes o valor de referência); • Alteração do sensório; • Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças; • Desidratação; • Presença na radiografia de tórax de infiltrado intersticial localizado, infiltrado difuso ou área de condensação; • Leucocitose, leucopenia ou neutrofilia; • Instabilidade hemodinâmica; • Necessidade de atendimento fisioterápico contínuo; • Alteração do nível de consciência; • Elevação significativa de Desitrogenase Láctica (DHL) e, • Alteração da função renal.
--	--

Medidas adicionais

- Residentes sintomáticos devem ser mantidos, na medida do possível, em seus quartos. Se circularem, deverão usar máscara cirúrgica simples. Limitar aglomeração, considerando a possibilidade de servir refeição no quarto;
- Restringir movimentação dos profissionais, que atuam em áreas onde há doentes para áreas não atingidas pelo surto;
- Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.

Medidas não farmacológicas, tais como isolamento social, na presença de sinais e sintomas, sugestivos de *influenza*, as boas práticas de etiqueta respiratória, boa higiene pessoal e do ambiente, colaboram sobremaneira na redução da transmissão do vírus e na proteção coletiva.

Quanto as medidas farmacológicas, considerando o início antecipado da presente sazonalidade bem como a atividade do vírus *influenza*, recomenda-se fortemente o uso racional e adequado do antiviral Fosfato de Oseltamivir, otimizando seus benefícios e minimizando a possibilidade de resistência viral. O uso adequado do Fosfato de Oseltamivir, iniciado em até 48 horas do início dos sintomas, proporciona redução das complicações da infecção pelos vírus *influenza* e redução da ocorrência de casos graves.

REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e, deve estar preparada para o acolhimento e atendimento dos casos agudos, mesmo fora de situações de epidemia.

Nesse contexto, os profissionais de saúde das unidades básicas devem estar preparados para o desenvolvimento de ações que incluem medidas de prevenção e controle da *influenza* e manejo clínico dos casos.

Além disso, devem estar atentos tanto para critérios clínicos quanto epidemiológicos, além de condições sociais, culturais, econômicas e de ocupação, entre outros, para o adequado e oportuno diagnóstico.

Sobre a Organização do Processo de Trabalho

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar organizada para receber, acolher e prestar assistência aos casos de SG e SRAG suspeitos de *influenza*, bem como desenvolver medidas de controle na comunidade, no domicílio e em instituições fechadas, conforme recomendação do Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015).

Sala de espera

Dentro das possibilidades da UBS, deve ser definido fluxo separado para a abordagem e acolhimento dos casos de SG e SRAG suspeitos de *influenza*.

Os usuários que apresentarem sintomas deverão ser preferencialmente acomodados em consultório restrito, com ventilação, para acolhimento e classificação, de acordo o Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015). Além disso, é indicada a aferição da pressão arterial, temperatura e saturação de O₂.

Horário de funcionamento

As UBS são unidades de atendimento que, para garantir acesso, devem funcionar pelo menos 12 horas diárias. Para possibilitar o atendimento resolutivo do caso suspeito de *influenza*, recomenda-se esse horário de funcionamento para as UBS que ainda não atuam nesse regime de trabalho. Municípios em situação de epidemia/surto

devem viabilizar um atendimento adequado, podendo estender os horários e evitarem pontos facultativos e emenda de feriados.

Atendimento dos casos agudos

No caso das UBS que já tem esquema de acolhimento de casos agudos durante todo o horário de atendimento, deve-se avaliar a necessidade de reforçar o número de profissionais dedicados a essa atividade. Para a UBS que ainda não tem o acolhimento organizado, este deve ser estruturado. Consequentemente, a agenda médica necessita ser deslocada para o atendimento de casos agudos.

O volume de consultas e o número de médicos envolvidos nessa atividade devem ser avaliados segundo a demanda. Nesse caso, priorizar os atendimentos de pré-natal. Reclassificar o paciente a cada retorno programado na unidade.

Toda Gestante deve procurar atendimento médico imediato ao apresentar qualquer sintoma de Síndrome Gripal ou que apesar de tratamento antiviral não apresente melhora do quadro.

3.1. Recomendação para à Organização do Atendimento

- Capacitar os profissionais de saúde para abordagem, acolhimento, avaliação e procedimentos a serem adotados para o manejo clínico e prevenção de usuários que apresentem sintomas de gripe, bem como identificação casos de SG e SRAG suspeitos de *influenza*;
- Definir uma sala preferencialmente de acesso restrito, com ventilação, onde os usuários, classificados como casos suspeitos após a triagem, permanecerão separados, até o seu encaminhamento ou alta, segundo o Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015), devendo o usuário fazer uso constante de máscara cirúrgica simples. Deve ainda, haver clara sinalização de que o paciente se encontra em isolamento.
- Todos os profissionais de saúde devem ser vacinados durante a campanha de vacinação para *influenza*, evitando assim o risco de transmissão da *influenza* ao atender o usuário, principalmente aqueles que apresentem fatores de risco para complicação.
- Devem ser orientados para adotar procedimentos de precaução e uso de EPI, tais como máscara cirúrgica simples e luvas de procedimentos, além de executar medidas preventivas de controle de infecções, tais como limpeza e desinfecção de superfícies.
- As equipes de Saúde da Família devem estar aptas a identificar em suas visitas domiciliares indivíduos com sintomas de doença respiratória aguda,

encaminhando-os para a UBS de sua abrangência e acompanhar o desdobramento do caso;

3.2. Medidas de Prevenção nos Serviços de Saúde

Os profissionais da equipe de saúde devem estar cientes das medidas de prevenção para evitar a transmissão do vírus *influenza* e aptos a orientar a comunidade em geral sobre os cuidados a serem tomados.

- frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento;
- utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir, preferencialmente com a parte interna do antebraço ou lenço descartável;
- evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- não compartilhar alimentos e objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas;
- manter o ambiente ventilado;
- evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de *influenza*;
- evitar sair de casa em período de transmissão da doença;
- evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados);
- adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos;
- orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre.

3.3. Acolhimento e Classificação de Risco

O fluxo de atendimento da demanda espontânea deve ser organizado, a fim de beneficiar a identificação dos casos mais graves, seguindo a lógica da classificação de risco.

Os usuários devem ser acolhidos e classificados conforme Classificação de Risco e Manejo do Paciente para SR e SRAG explicado no Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015):

- Usuários com SG que não apresentem sinais de agravamento e nem fator de risco, devem realizar acompanhamento ambulatorial. É imprescindível o retorno em caso de sinais de piora do estado clínico ou aparecimento dos sinais de gravidade.
- Usuários com SG que apresentam fatores de risco, mas sem sinais de agravamento, devem fazer uso do Fosfato Oseltamivir e realizar acompanhamento ambulatorial. O retorno é recomendado em 48 horas ou em caso de sinais de agravamento.
- Usuários com sinais de agravamento ou SRAG e sem indicação para UTI deverão ser tratados com Fosfato de Oseltamivir, acompanhados no *leito de internação* e é obrigatório a coleta de exame específico e a notificação do caso.
- Usuários com sinais de agravamento ou SRAG e com indicação para UTI deverão ser tratados com Fosfato de Oseltamivir, acompanhados no *Leito de Terapia Intensiva* e é obrigatório a coleta de exame específico e a notificação do caso.

3.4. Manejo Clínico

Para assegurar a assistência aos pacientes com suspeita de *influenza* é necessária avaliação clínica criteriosa com classificação de risco e o estabelecimento fluxos de referência para os pacientes na Rede Assistencial. A maioria dos casos suspeitos tem seu atendimento inicial na Atenção Básica. Vale reforçar que o manejo clínico e a vigilância epidemiológica da *influenza* é eficaz para evitar a evolução e complicações.

- **Exames para diagnóstico específico**

A UBS **não realiza** coleta de exame específico.

- **Notificação dos casos suspeitos**

A UBS **não realiza** a notificação dos casos suspeitos. Os casos a serem notificados são: usuários internados com SRAG, óbitos por SRAG e surtos em SG em comunidades fechadas.

- **Tratamento**

Garantir o abastecimento de insumos e medicamentos, segundo orientações e fluxos de distribuição de medicamentos para tratamento de *influenza* nos municípios e Unidades Regionais de Saúde (ver item 4 “ Tratamento e Acesso aos Medicamentos Utilizados no Manejo da Influenza”).

3.5. Quimioprofilaxia

Os medicamentos antivirais apresentam de 70% a 90% de efetividade na prevenção da *influenza* e constituem ferramenta adjuvante da vacinação. Entretanto, a quimioprofilaxia indiscriminada NÃO é recomendada, pois pode promover o aparecimento de resistência viral.

Indicações da Quimioprofilaxia para *Influenza*

- Indivíduos com risco elevado de complicações não vacinadas ou vacinadas há menos de duas semanas, após exposição a caso suspeito ou confirmado de *influenza*.
- Crianças com menos de 9 anos de idade com condições ou fatores de risco, que foram expostas a caso suspeito ou confirmado no intervalo entre a primeira e a segunda dose da vacina ou com menos de duas semanas após a segunda dose, deverão receber quimioprofilaxia.
- Pessoas com graves deficiências imunológicas (uso de medicamentos imunossupressores; pessoas com SIDA com imunodepressão avançada) ou outros fatores que possam interferir na resposta à vacinação contra a *influenza*, após contato com pessoa com infecção.
- Profissionais de laboratório, não vacinados ou vacinados a menos de 15 dias, que tenham manipulado amostras clínicas de origem respiratória que contenham o vírus *influenza* sem uso adequado de EPI.
- Trabalhadores de saúde, não vacinados ou vacinados a menos de 15 dias, e que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos geradores de aerossóis ou na manipulação de secreções de caso suspeito ou confirmado de *influenza* sem o uso adequado de EPI.
- Residentes de alto risco em instituições fechadas e hospitais de longa permanência, durante surtos na instituição.
- Todos os residentes ou internados com condições e fatores de risco para complicações de instituição fechada ou hospitais de longa permanência (como asilos, orfanatos, presídios, hospitais psiquiátricos) com surto* de *influenza* suspeito ou

confirmado, independentemente da situação vacinal. Para trabalhadores e profissionais de saúde, é recomendado somente para os não vacinados ou vacinados há menos de duas semanas.

* Surto em instituições fechadas ou hospitais de longa permanência: ocorrência de dois casos suspeitos ou confirmados para *influenza* com vínculo epidemiológico.

A quimioprofilaxia com antiviral **NÃO** é recomendada se o período após a última exposição (contato com caso suspeito ou confirmado para *influenza*) for maior que 48 horas.

Quadro 5: Quimioprofilaxia com antiviral (Posologia e Administração)

Medicamento	Faixa Etária		Posologia
Fosfato de Oseltamivir	Adulto		75mg/dia, VO, 10 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15kg	30mg/dia, VO, 10 dias
		> 15 kg a 23 kg	45mg/dia, VO, 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60mg/dia, VO, 10 dias
		> 40 kg	75mg/dia, VO, 10dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3mg/kg ao dia, 10 dias
		9 a 11 meses	3,5mg/kg ao dia, 10 dias
Zanamivir	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, uma vez ao dia, 10 dias
	Criança	≥ 5 anos	10mg: duas inalações de 5mg uma vez ao dia, 10 dias

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

OBS.:

- a) A indicação de Zanamivir somente está autorizada em casos de impossibilidade clínica da manutenção do uso do Fosfato de Oseltamivir.
- b) O Quadro 5, faz uma abordagem da **Quimioprofilaxia com Antiviral (posologia e administração)**. Para Tratamento (doses recomendadas) verifique o Quadro 7, parte integrante do Capítulo sobre o Tratamento e Acesso aos Medicamentos Utilizados no Manejo da *Influenza*.

3.6. Gestantes e Puérperas

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por *influenza*. Toda gestante e puérpera deve ser encaminhada para atendimento médico imediato ao apresentar qualquer sintoma de Síndrome Gripal ou que apesar de tratamento antiviral não apresente melhora do

quadro. O tratamento ou quimioprofilaxia com Fosfato de Oseltamivir não é contraindicado na gestação (categoria C) e sua segurança foi comprovada.

Na avaliação e acompanhamento de gestantes e puérperas com sintomas de Síndrome Gripal, recomenda-se:

- Realização de exame físico, incluindo ausculta e frequência respiratória, assim como os demais sinais vitais e a aferição da oximetria de pulso.
- A queixa de dispneia deve ser sempre valorizada na presença de sintomas de síndrome gripal, mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez.
- Nas gestantes/puérperas com sinais de agravamento, incluindo SpO2 <95%, considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar.
- Gestantes e puérperas com diagnóstico de Síndrome Gripal, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, preferencialmente, com o Fosfato de Oseltamivir, na dose habitual para adultos, mesmo na ausência de sinais de agravamento.
- Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia.
- Caso a gestante ou puérpera precise circular em áreas comuns do hospital, utilizar máscara cirúrgica simples.
- Os profissionais de saúde ao atender a gestante ou puérpera devem seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.

Mãe com sintomas de *influenza* e RN clinicamente estável

- Durante o período de internação manter o binômio preferencialmente em quarto privativo e manter distância mínima de 1 metro entre o berço do RN e leito da mãe.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória (utilizar lenço descartável para higiene nasal; cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir, preferencialmente, com a parte interna do antebraço ou lenço descartável).
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar o uso de máscara cirúrgica simples

durante o cuidado e a amamentação do RN.

- Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por *influenza*. Importante conferir o item 5.2 “Isolamento no Ambiente Hospitalar” e em especial mãe com sintomas de influenza e clinicamente estável.

4. UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (SAMU 192, UPA 24h, PRONTO ATENDIMENTO, PRONTO SOCORRO E OUTRAS)

4.1 Organização do Processo de Trabalho

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências é constituída por 08 componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Rede Hospitalar e Atenção Domiciliar.

4.2 UPA 24h, Pronto Atendimento e Pronto Socorro

As UPA 24h e outras portas de entrada da urgência, como Pronto Atendimento e Pronto Socorro constituem-se em maioria como os locais que recebem maior volume de pacientes com quadros agudos, o que é justificado pelo perfil da instituição, e devem estar preparadas, bem como os demais componentes, para o recebimento dos pacientes de epidemias, como a *Influenza*. Estas unidades são definidas como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Rede Hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências. Deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, prestar atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

O processo de trabalho das unidades deve garantir ao paciente que apresente sinais e sintomas de SG e principalmente de SRAG atendimento adequado desde sua entrada até uma possível transferência ou alta na instituição. Este atendimento deve contar com um tempo mínimo de espera para a primeira abordagem, classificação de risco baseada no Protocolo de Manchester e com verificação minuciosa dos sinais

vitais, atendimento médico de acordo de acordo o Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015), vigilância constante pré e pós atendimento pelas equipes médica e de enfermagem durante todo o atendimento. Além disso, os serviços de apoio diagnóstico (laboratório, sala de Raio-X, entre outros), dispensação de medicamentos e realização de notificação para os casos obrigatórios devem apresentar funcionamento alinhado e eficiente à assistência multiprofissional. Por fim, o momento da passagem de plantão entre profissionais dos turnos manhã, tarde e noite deve ocorrer de forma detalhada, assegurando que todas as informações pertinentes sobre a evolução do estado de saúde de cada paciente seja repassada.

Considerando a classificação de risco como a primeira abordagem clínica do paciente, é preconizado que a mesma siga o Protocolo de Manchester, que se baseia na queixa do paciente e não no diagnóstico. A queixa relatada encaminhará a seleção do fluxograma específico para SG/SRAG – Classificação de Risco e Manejo do Paciente (conforme Anexo I), e o mesmo indicará a prioridade clínica de atendimento, por meio de cores e tempo alvo.

4.3 Estrutura do Serviço

Em períodos de epidemia, além de todas as ações e fluxos que as instituições devem seguir para o atendimento a pacientes com quadros gripais, principalmente os pertencentes aos grupos de risco, os profissionais devem estabelecer vigilância mais atenta sobre os pacientes em espera e após o atendimento médico em observação, verificando sinais de piora do quadro clínico e avaliando a necessidade de transferência para setores de maior complexidade dentro da própria instituição. Para o atendimento em período de epidemia são realizadas algumas orientações:

- Funcionamento adequado da classificação de risco, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Deve haver no mínimo uma sala para este tipo de atividade, com necessidade de abertura de um novo posto caso haja mais de 10 pacientes em espera. Os profissionais presentes na sala de espera e na sala de classificação devem realizar constantemente a verificação do quantitativo de pessoas a serem classificadas, para a definição dessa necessidade;
- Reforçar a equipe médica e de enfermagem para atendimento aos pacientes;
- Seguir rigorosamente o “Protocolo de Tratamento de *Influenza*” (2015) do Ministério da Saúde referente à assistência ao paciente com quadro gripal;

- Disponibilizar máscaras cirúrgicas para usuários com sintomas e possíveis contatos, conforme orientações do Ministério da Saúde. Concomitantemente deve-se orientar essas pessoas sobre a necessidade da utilização da máscara para evitar contaminações;
- Disponibilizar Equipamentos de Proteção Individual necessários para o atendimento de pacientes com Influenza, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde e descrito no ANEXO I;
- Disponibilizar fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de SG e SRAG para todos os funcionários;
- Disponibilizar álcool gel em todos os setores da instituição para higienização das mãos;
- Garantir adequada limpeza de superfícies e pisos;
- Organizar e disponibilizar isolamento individual e/ou em grupo para pacientes com quadro de SRAG, de acordo com a estrutura da instituição;
- Garantir sala de emergência devidamente equipada para atendimento de casos graves de *Influenza*, garantindo assistência adequada até a transferência do paciente;
- Garantir o abastecimento de medicamentos e insumos para o manejo dos casos;
- Garantir oferta de serviços de apoio diagnóstico na instituição em tempo adequado ao atendimento de urgência;
- Garantir transporte adequado para pacientes durante todo o funcionamento do serviço;
- Garantir comunicação com a unidade assistencial definida previamente como referência, seja diretamente, seja mediada pela Central de Regulação para garantir acesso dos pacientes a outros níveis;
- Garantir na unidade o serviço de notificação de casos e óbitos por SRAG e surtos de SG em comunidades fechadas;
- Garantir o descarte adequado dos resíduos;
- Realizar treinamentos e capacitações referentes a todas as atividades assistenciais e administrativas relacionadas à epidemia de *Influenza*;

- Disponibilizar informes à população que estiver na sala de espera para classificação de risco sobre prevenção e tratamento da *Influenza*, por meio de cartazes e panfletos;
- Verificar e solicitar atualização do cartão vacinal dos profissionais da instituição, como medida preventiva;
- Atender prontamente as unidades de menor complexidade nos encaminhamentos indicados.

4.4 Apoio Diagnóstico

Diante do caso suspeito de doença respiratória aguda grave (apresentando ou não fator de risco para complicações), poderão ser coletadas amostras clínicas que serão utilizadas para o monitoramento da evolução clínica do paciente e/ou realização de diagnóstico diferencial, conforme hipóteses elencadas pelo médico e as evidências geradas na investigação epidemiológica.

Exames inespecíficos	• Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou terceirizados através de contratos já existentes ou emergenciais; • Garantir a realização de exames complementares, como radiográficos e ultrassonográficos, quando indicados.
----------------------	--

Exames específicos	• Garantir a coleta de amostras respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.
--------------------	---

4.5 Limpeza e Desinfecção de Superfícies

- Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente;
- Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros;
- Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%;
- Uso de EPI adequado durante a limpeza e desinfecção;
- Fazer descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2004).

4.6 Prevenção da Transmissão entre Pacientes e Profissionais de Saúde

Seguir as recomendações de Precauções Padrão descritas no item 2.6 Medidas de Prevenção e Controle deste documento.

Atentar para o uso de EPI em situações que haja geração de aerossóis (exemplo de procedimentos: intubação, sucção, nebulização) conforme de acordo o Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015).

4.7 SAMU 192 e Transporte entre as Unidades de Saúde

As equipes do SAMU 192 e outras equipes de transporte entre unidade de saúde devem adotar:

- Precaução Padrão e uso de EPI para todos os pacientes com sintomas SG/SRAG;
- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte;
- Realizar limpeza e desinfecção das superfícies do interior das ambulâncias após transporte de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde citadas acima neste documento.

5. ATENÇÃO HOSPITALAR

O estabelecimento de fluxos no manejo clínico dos pacientes bem como as unidades de saúde para a realização do atendimento é definido de acordo com fatores de risco e sinais de agravamento e pela diferenciação dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Pacientes com sinais de agravamento ou SRAG necessitam de internação, mas não necessariamente têm indicação de UTI podendo ser inicialmente admitidos em hospitais de referência macrorregional ou microrregional considerando hospitais de grande e médio porte para atendimento inclusive de paciente crítico que precise de cuidados intensivos.

5.1 Apoio Diagnóstico

Conforme Protocolo de Tratamento de *Influenza* do Ministério da Saúde (2015), a unidade hospitalar deve dispor de equipamentos, insumos, materiais e serviços de laboratório para a realização de procedimentos especializados e adequados às ações propostas para o funcionamento e manejo dos pacientes com garantia de acesso, no

próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutico:

Exames inespecíficos	• Hemograma, • Gasometria Arterial, • Hemocultura, • Desidrogenase láctica (LDH) • Creatinofosfoquinase (CPK), • Transaminases, • Radiografia de Tórax, • Função Renal • e outros exames a critério médico.
Exames específicos	• Assegurar a coleta de material para exame laboratorial. As coletas das amostras de secreções respiratórias devem ser realizadas preferencialmente antes do início do tratamento. Para orientações sobre coleta de amostras acesse o Guia de Vigilância Epidemiológica no link <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>

5.2 Isolamento no Ambiente Hospitalar

O isolamento deve ser realizado preferencialmente em quarto privativo com vedação na porta e bem ventilado, com duração de até sete dias após o início dos sintomas, ou até 24 horas após a cessação da febre.

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

Na ocorrência de um grande número de pacientes infectados, poderá ser definida uma área específica do hospital para isolamento dos casos. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos.

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por *influenza*. Importante conferir o item 3.6 “Gestantes e Puérperas” e em especial mãe com sintomas de *influenza* e clinicamente estável.

5.3 Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar que se caracteriza como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que

admite pacientes graves e potencialmente graves os quais com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de recuperação.

Os Leitos de Terapia Intensiva demandam, de modo geral, infraestrutura específica, equipamentos de alta tecnologia, equipe assistencial qualificada, observada a capacidade regional de fixar equipe profissional, bem como agregar economia de escala e escopo.

5.4 Organização dos Serviços de Atenção Hospitalar para Influenza

Todas as instituições que compõem a Rede da Atenção à Saúde do SUS, em especial aquelas instituições de Atenção Especializada para pessoas acometidas pela influenza e com indicação de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram consideradas preferenciais. Incluem as portas de urgência e emergência para receber pacientes regulados via Central de Regulação (SUSFÁCIL), inclusive o paciente crítico que necessita de acesso em UTI.

6. ACESSO AOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO MANEJO DA INFLUENZA

Para o tratamento da *Influenza*, o Ministério da Saúde disponibiliza os medicamentos elencados a seguir.

- Fosfato de Oseltamivir 30mg cápsula;
- Fosfato de Oseltamivir 45mg cápsula;
- Fosfato de Oseltamivir 75mg cápsula;

Quadro 7: Doses recomendadas estão descritas no quadro abaixo

Medicamento	Faixa Etária		Posologia
Fosfato de Oseltamivir	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3mg/kg, 12/12h, 5dias
		9 a 11 meses	3,5mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

OBS.: O **Quadro 7** faz abordagem sobre as doses recomendadas para **tratamento**. No caso da Quimioprofilaxia com Antiviral (posologia e administração), verificar o Quadro 5, parte integrante do Capítulo Atenção Primária à Saúde/Quimioprofilaxia.

Para o tratamento de crianças e pacientes com dificuldade de deglutição, recomenda-se a diluição do Fosfato de Oseltamivir 75mg cápsula, conforme as instruções abaixo e ilustrado no anexo:

1. Segurar a cápsula de Fosfato de Oseltamivir 75mg sobre um copo de vidro limpo, abrir cuidadosamente a cápsula e derramar todo o seu conteúdo dentro do copo;
2. Com uma seringa, medir 7,5mL de água fria, filtrada ou fervida, e adicionar ao pó da cápsula que está no copo;
3. Misturar com uma colher limpa por alguns segundos. A concentração da suspensão preparada a partir da cápsula de Fosfato de Oseltamivir 75mg é de 10mg/mL;
4. Com a mesma seringa, aspirar a quantidade necessária do líquido, conforme prescrição médica;
5. Não é necessário retirar qualquer pó branco não dissolvido que tenha permanecido no fundo do copo, uma vez que se trata de excipiente inerte. Descartar a suspensão que sobrou e repetir o procedimento de diluição a cada administração do medicamento.

6.1 Fluxo de Programação de Medicamentos

Considerando que o tratamento deve ser iniciado em até 48 horas após o início dos sintomas, orienta-se que os municípios realizem a programação dos medicamentos para tratamento da Influenza via Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), mantendo estoque de reserva estratégico, de modo a garantir atendimento aos pacientes com Influenza independentemente de haver casos suspeitos ou notificados.

A lista “Medicamentos para Influenza H1N1” está disponível no SIGAF para solicitação pelos municípios, Unidades Regionais de Saúde (URS) e outras unidades que usualmente já realizam solicitações pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. A periodicidade de programação é mensal, conforme cronograma disponibilizado pela SES/MG.

A rede de saúde pública dos municípios deverá ser atendida pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesse sentido, os farmacêuticos municipais em consonância com equipe de saúde, ao realizarem solicitação no SIGAF, deverão incluir o quantitativo de medicamentos suficiente para atendimento a toda a rede assistencial.

As URS devem manter estoque estratégico para atendimento aos municípios, caso haja necessidade de distribuição adicional dos medicamentos solicitados mensalmente pelos municípios.

Todas as solicitações de medicamentos, tanto de pedidos mensais, quanto as diferenciadas, serão avaliadas pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador (SVEAST) em conjunto com a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

Nesta etapa, a SVEAST, com colaboração com a SAF, realizarão uma análise do pedido, com base em informações como:

- Histórico de distribuições para o município ou outra unidade de saúde;
- Situação epidemiológica;
- Necessidade de disponibilização dos medicamentos para Influenza em todos os pontos de atenção da rede.
- Posição de estoque.

As etapas desse processo estão esquematizadas nos fluxogramas a seguir:

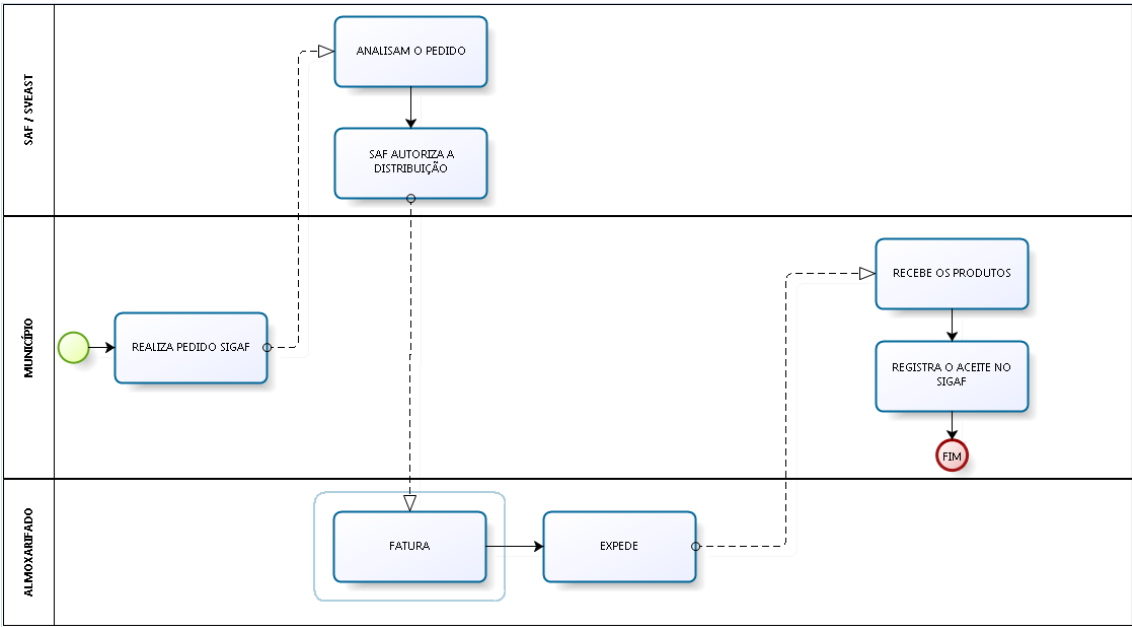


Figura 1 – Fluxo de distribuição de medicamentos para o tratamento de Influenza aos municípios

6.2 Fluxo de Programação de Medicamentos Diferenciada

Nos casos em que os municípios apresentarem a necessidade de uma distribuição em um período diferente do cronograma mensal, justificado por motivos de epidemia, ou outras situações específicas, estes deverão demandar formalmente à URS de referência, que avaliará o atendimento segundo seu respectivo estoque de segurança.

No caso das URS, os pedidos de programação diferenciadas também poderão ser realizadas, frente à necessidade de apresentarem um estoque de segurança para os municípios de sua área de abrangência. Nesta situação específica, a URS deve realizar um contato diretamente com o nível central da Superintendência de Assistência Farmacêutica (contato: dmest@saude.mg.gov.br).

As etapas desse processo estão esquematizadas no fluxograma a seguir:

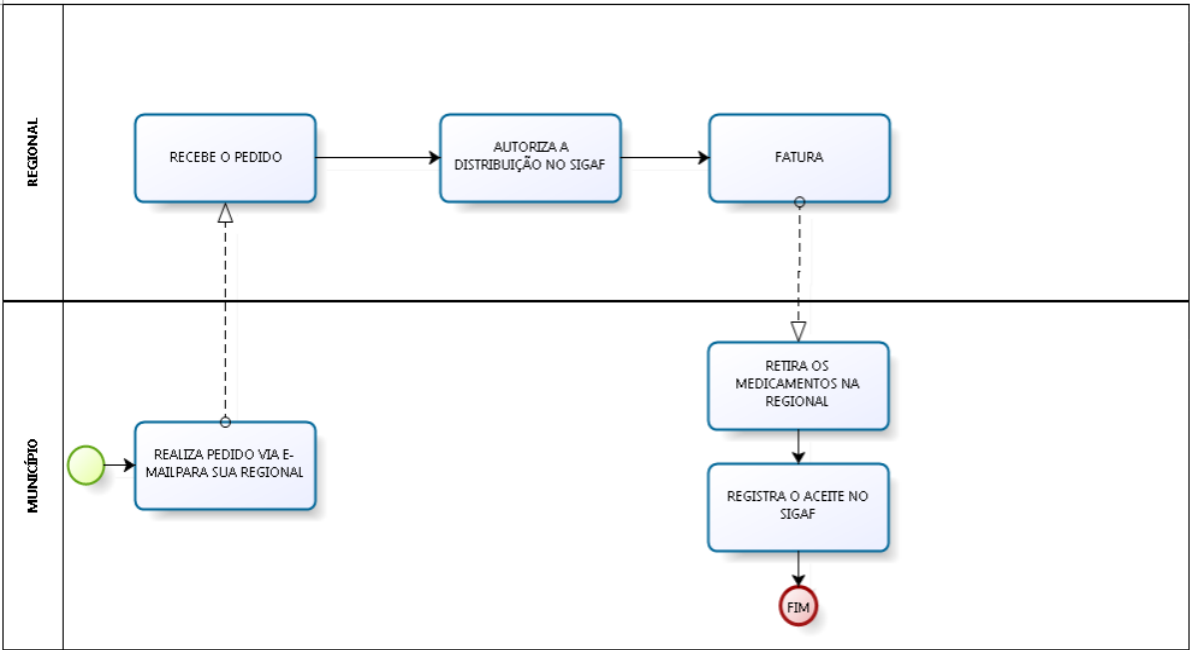


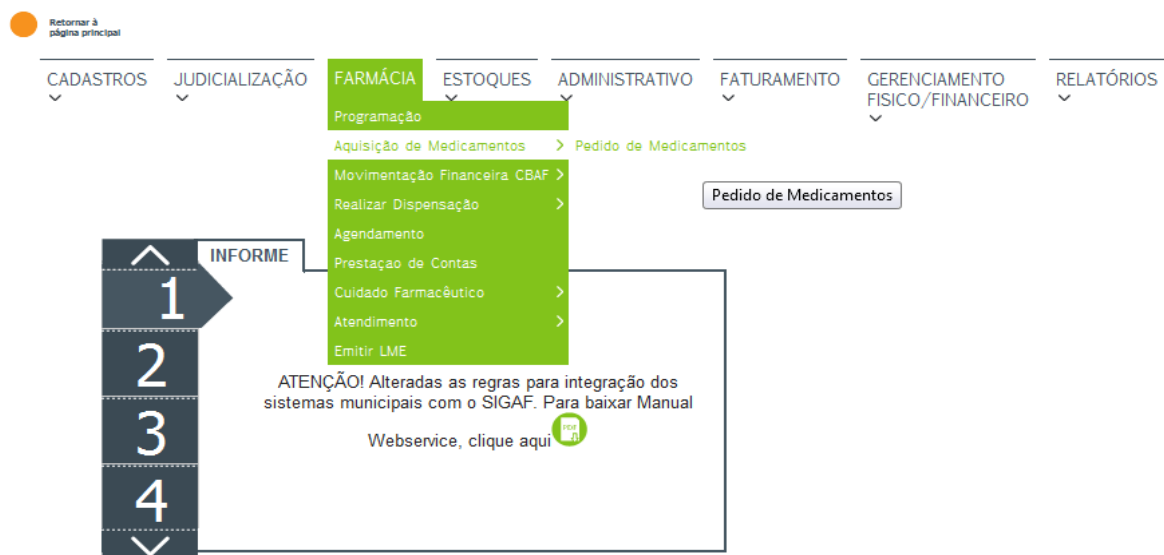
Figura 2 – Fluxo de distribuição diferenciada de medicamentos para o tratamento de Influenza aos municípios

6.3 Passo-a-passo para Programação dos Medicamentos no SIGAF

Os municípios e URS devem realizar a programação dos itens necessários ao tratamento da Influenza no SIGAF, disponível no endereço eletrônico sigaf2.saude.mg.gov.br.

Deverão ser seguidas as seguintes etapas:

1. No Menu Principal, escolher a guia “Farmácia”, em seguida “Aquisição de Medicamentos” e depois “Pedido de Medicamentos”



2. No campo Ações clicar em “Adicionar Pedido+”



3. Selecionar a Lista de Medicamentos “Medicamentos para Influenza H1N1”

Adiciona Pedido

Unidade de Saúde*: MUNICÍPIO TESTE

Lista de Medicamento*: Seleccione

Próximo

Cadastro: - 25/04/2016 15:32 - Última alteração:

Medicamentos para Influenza H1N1

MEDICAMENTOS PARA DIABETES - INSULINA REGULAR E NPH

LEVANTAMENTO DEMANDA FUNED

ATENDIMENTO A GESTANTES COM TOXOPLASMOSE

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE 2015-DIRETO AOS MUNICÍPIOS

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE 2015- VIA REGIONAL DE SAÚDE

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE 2016 - DIRETO AOS MUNICÍPIOS

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE 2016 - VIA REGIONAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS - 2016

4. Clicar em “Próximo”

Adiciona Pedido

Unidade de Saúde*: MUNICÍPIO TESTE

Lista de Medicamento*: MEDICAMENTOS PARA INFLUENZA H1N1

Próximo

Cadastro: - 25/04/2016 15:32 - Última alteração: - 25/04/2016 15:32

5. Será aberta a tela contendo a relação dos itens a serem programados, onde o município deverá preencher a quantidade necessária de cada item no campo “Quantidade Pedida”

Adiciona Pedido

Número do Pedido: 1033764

Unidade de Saúde: MUNICÍPIO TESTE

Data Pedido: 25/04/2016

Lista de Medicamento: MEDICAMENTOS PARA INFLUENZA H1N1

Tipo Conta: MEDICAMENTOS BASICOS

Itens	Medicamento/Produto	Quantidade Pedida	Obs	Programa	Consumo estimado (mês)	Pacientes atendidos (mês)	Recalcular
01)	MÁSCARA CIRCULAR COM 4 CAMADAS DE FILTRAGEM N95	Item indisponível no momento		INFLUENZA A H1N1	0		
02)	OSELTAMIVIR FOSFATO 15 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	Item indisponível no momento		INFLUENZA A H1N1	0		
03)	OSELTAMIVIR FOSFATO 30 MG COMPRIMIDO	0		INFLUENZA A H1N1	0		
04)	OSELTAMIVIR FOSFATO 45 MG COMPRIMIDO	0		INFLUENZA A H1N1	0		
05)	OSELTAMIVIR FOSFATO 75 MG CAPSULA	0		INFLUENZA A H1N1	0		
06)	ZANAMIVIR 5 MG PÓ INALATÓRIO	Item indisponível no momento		INFLUENZA A H1N1	0		

+ Adicionar

6. Para salvar a programação, clicar em “+Adicionar”

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de *Influenza*: 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf> Acesso em: 01 maio. 2015.

Brasil. Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da Campanha Nacional contra *influenza* 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza. Brasília: MS, 2016. [Acesso em 05 maio 2016]. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/influenza>

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo para assistência e vigilância aos casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave com ênfase na influenza. Belo Horizonte 2015.

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico da Gripe. Belo Horizonte 2015. [Acesso em 05 maio 2016].
http://www.saude.mg.gov.br/images/Boletim_25_04_imprensa.pdf

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Informe Epidemiológico – Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 15 de 2016. Belo Horizonte 2015. [Acesso em 05 maio 2016].
http://www.saude.mg.gov.br/images/Informe_Epidemiol%C3%B3gico_Influenza_SE_2016_Final_v3.pdf

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo de Infecção pelo Vírus da *Influenza A*. Edição Revisada. UFTM, 2015.

World Health Organization. WHO informe dos Ministérios da Saúde e Centros Nacionais de Influenza dos Estados-Membros para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). [Acesso em 06 maio 2016]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&to=2246&lang=es

Sinan Influenza Web. (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). [base de dados do Estado de Minas Gerais]. Tabulação de dados: influenza [acesso em 29 Abril 2016]. [base de dados da internet].

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Informe Técnico. Situação Epidemiológica da SRAG/Influenza – Vigilância Sentinela da Influenza. São Paulo, 2016. Disponível em:
<http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 183, de 30 de janeiro de 2014 – Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art.18, inciso I, Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html

Gomes, Aline de Andrade. *et al.* Doenças respiratórias por influenza e causas associadas em idosos de um município do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.29, nº1, janeiro 2013. ISSN 0102-311X.

Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4: vigilância em saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010.

Outras informações podem ser obtidas nos seguintes endereços:

www.saude.gov.br/svs (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS)

www.who.int/en/ (Organização Mundial da Saúde)

www.paho.org (Organização Pan-Americana da Saúde)

www.cdc.gov (Centers for Disease Control and Prevention)

www.anvisa.gov.br (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

Anexo I

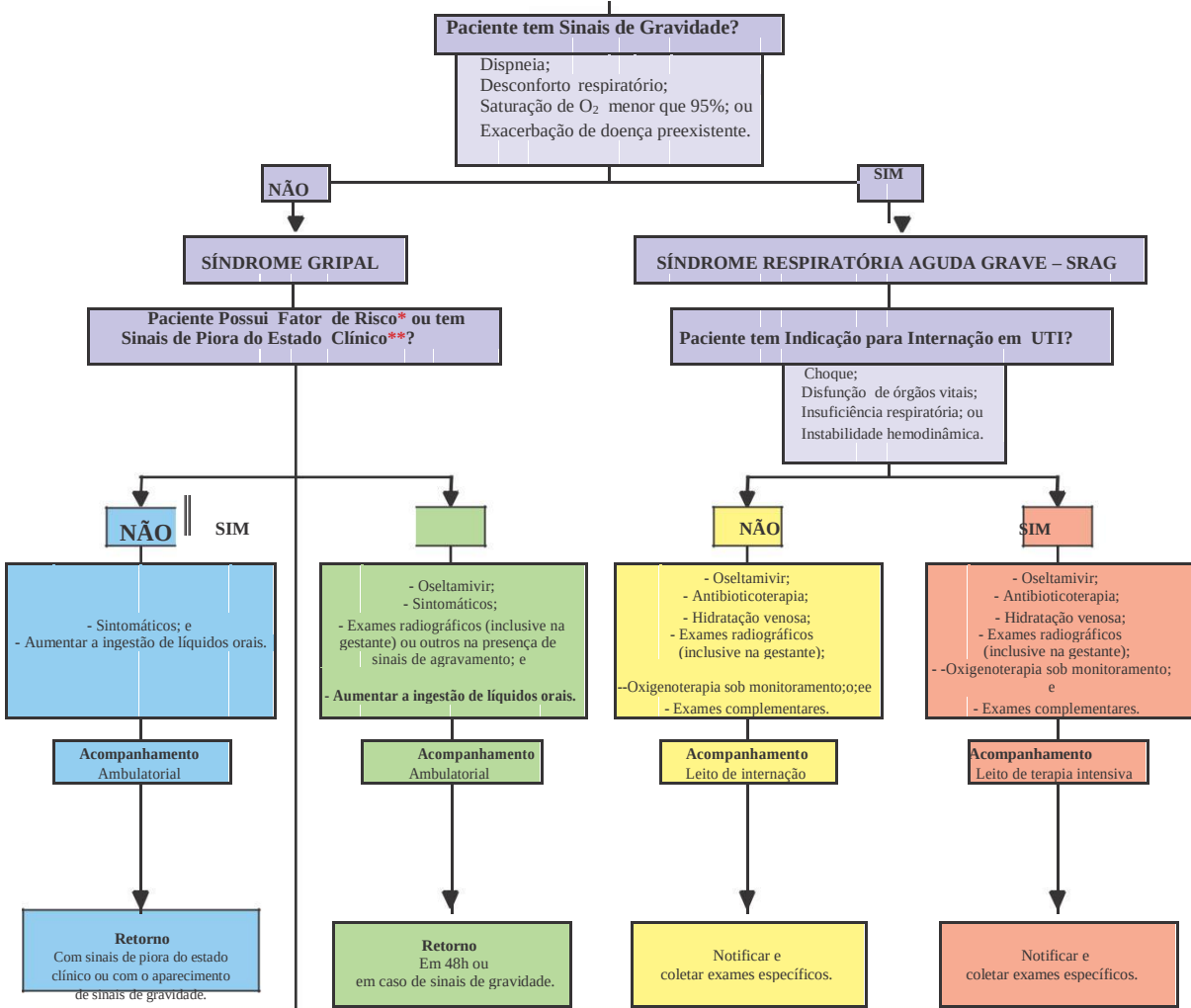
SÍNDROME GRIPAL /SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs.: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



*** Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

**** Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA
OSELTAMIVIR	Adulto	75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg 30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg 45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg 60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	> 40 kg 75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		0 a 8 meses 3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses 3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
ZANAMIVIR	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias		
Recém-nascido pré-termo 1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade		
Período Neonatal	1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade	
	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade	
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas	

Anexo II

Instruções para Diluição do Oseltamivir a Partir da Capsula de 75 mg para Administração a Crianças

INSTRUÇÕES PARA DILUIÇÃO DO OSELTAMIVIR (TAMIFLU®) A PARTIR DA CÁPSULA DE 75 mg PARA ADMINISTRAÇÃO A CRIANÇAS.

ATENÇÃO: Lave sempre as mãos com água e sabão antes do preparo do medicamento.

1



Segure uma cápsula de 75 mg do Fosfato de Oseltamivir (Tamiflu®) sobre um copo limpo, abra cuidadosamente a cápsula e derrame todo o conteúdo da cápsula dentro do copo.

2



Meça 7,5 ml de água fria, filtrada ou fervida, e misture com ao pó da cápsula que está dentro do copo.

3



Mexa com uma colher limpa por alguns segundos.

4



Com a mesma seringa, aspire a quantidade em ml do líquido de acordo com a prescrição médica, seguindo a orientação da tabela "item 5".

5	IDADE OU PESO DA CRIANÇA	DOSE PRESCRITA DO MEDICAMENTO FOSFATO DE OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)	VOLUME (ml) A SER ASPIRADO	INTERVALO E DURAÇÃO DO TRATAMENTO
	< 3 meses	12 mg	1,2 ml	A cada 12 horas, durante 5 dias
	3/5 meses	20 mg	2,0 ml	
	6/11 meses	25 mg	2,5 ml	
	10/14 kg	30 mg	3,0 ml	
	15/23 kg	45 mg	4,5 ml	
	23/40 kg	60 mg	6,0 ml	

6



Finalmente, dê a mistura à criança, de acordo com a prescrição médica.

7



Não é necessário retirar qualquer pó branco não dissolvido que permaneça no fundo do copo, jogue fora o que sobrou. Repita esse processo cada vez que for dar o medicamento à criança.

Obs.: Poderá ser dado à criança, logo após a dose, algo adocicado para diminuir o gosto amargo do medicamento.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

 **ANVISA**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

 **SUS**

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Não jogue este folheto em via pública.

Anexo III

Normas e Procedimentos para o Diagnóstico Laboratorial da *Influenza*

**FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE
LABORATÓRIO CENTRAL
SEÇÃO DE VIROLOGIA
LABORATÓRIO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS**

NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFLUENZA

1. MATERIAIS CLÍNICOS: secreção de nasofaringe (aspirado de nasofaringe e *swab* combinado nasal e orofaríngeo)

A coleta do material clínico será realizada pelo médico ou equipe de enfermagem dos serviços de saúde. Os profissionais que realizarão a coleta deverão fazer uso de EPIs apropriadas seguindo as normas de biossegurança. Os kits para coleta de amostra e a caixa para transporte de substância infectante serão fornecidos pelo IPB-LACEN/FEPPS e estarão disponíveis nas Coordenadorias Regionais de Saúde (Vigilância epidemiológica).

Conteúdo do kit:

- 01 frasco contendo meio de transporte de vírus (MTV);
- 01 envelope contendo um coletor descartável;
- 01 caixa de transporte aéreo conforme normas internacionais de biossegurança;
- Instruções para coleta de amostra clínica;
- Instruções para uso e acondicionamento do *kit*.

Instruções gerais para estocagem e uso do *kit* – meio de transporte viral (MTV):

- Guardar o MTV no freezer a -20°C ou no congelador da geladeira (sem

inclinar o frasco para evitar contaminação). Para o uso do MTV, este deve estar em temperatura ambiente;

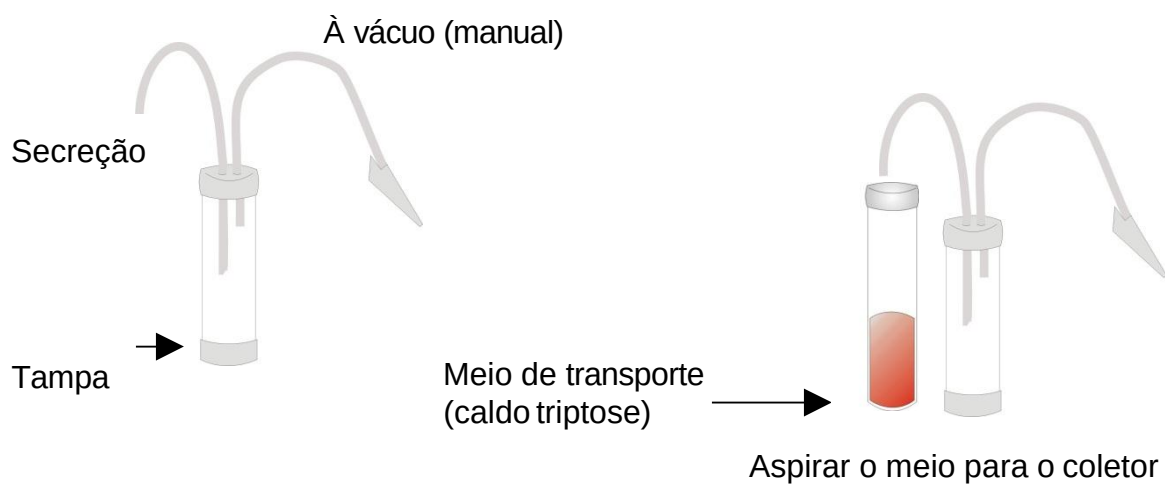
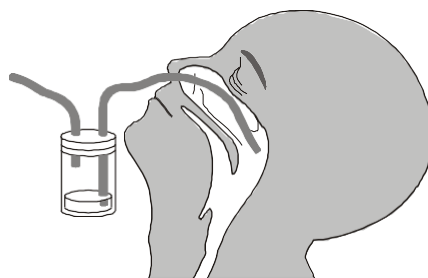
- Contatar com o LACEN se houver mudança de coloração do MTV.
- Observar o prazo de validade na etiqueta do MTV.

A amostra deverá ser acompanhada da FICHA DE INFORMAÇÕES CLÍNICA E LABORATORIAL, devidamente preenchida, e da FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, disponíveis na página da SES/RS, banner Influenza A H1N1.

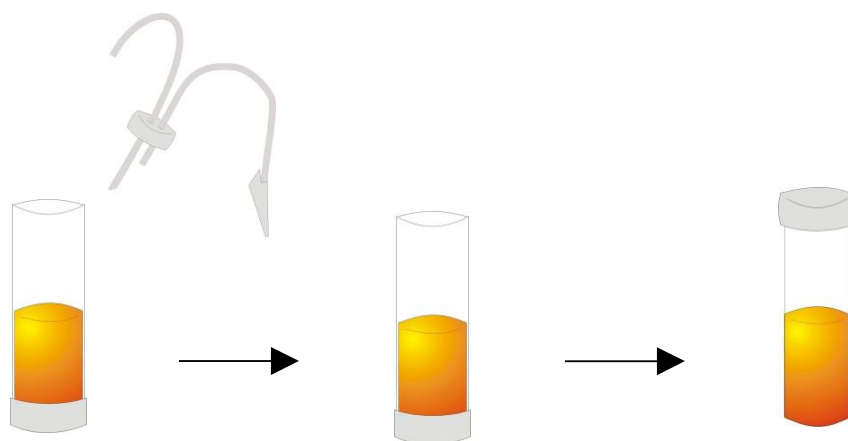
a) Aspirado de nasofaringe (ANF) – MATERIAL DE ESCOLHA PARA INFLUENZA A H1N1

A coleta de ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. O coletor de muco (plástico) descartável é recomendado para obtenção do espécime. A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil ou aspirador de parede. Durante a coleta, a sonda é inserida através da narina até atingir a região da nasofaringe quando então o vácuo é aplicado aspirando aproximadamente 1 mL de secreção para o interior do coletor. O vácuo deve ser colocado após a sonda localizar-se na nasofaringe, uma vez que, se no momento da introdução da sonda houver vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa. Este procedimento deverá ocorrer em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa e sangramento.

Esquema para Coleta de Material de Aspirado Nasofaringe (ANF) para identificação de Vírus Respiratórios



Conectar no vácuo
Aspirar 1 mL de ANF



Retirar a sonda conectora e descartá-la corretamente como resíduo infectante

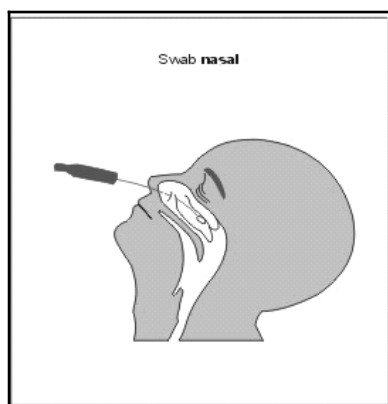
Tampar o coletor e lacrar

b) Swab nasal e orofaringe (3 swabs)

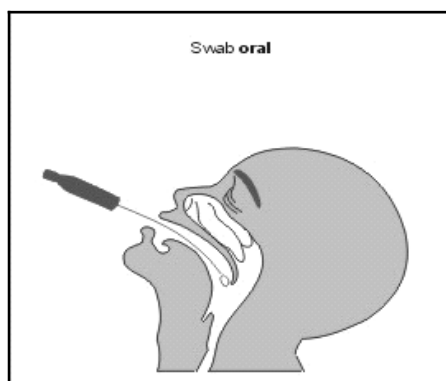
Examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreções. O objetivo do *swab* é colher um esfregaço de células e não secreções nasais.

Swab de nasofaringe – Introduzir o estilete coletor na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45° em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o estilete ultrapassou superiormente o corneto inferior e atingindo o meato médio.

Após a introdução, esfregar o estilete com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente). Remover o estilete do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com meio de transporte para vírus. Colher *swab* nas duas narinas (um *swab* para cada narina).

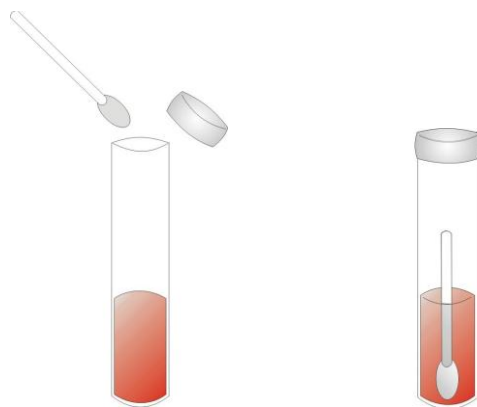


Swab de orofaringe – Colher *swab* na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.



Após a coleta, inserir os três *swabs* em um mesmo frasco (dar preferência para utilização de frasco plástico tentando evitar a ação das RNase) contendo 3 ml de meio de transporte viral ou em PBS, pH 7,4, que podem ser fornecidos pelo LACEN. Lacrar o frasco, identificar de forma adequada e encaminhar imediatamente em caixa apropriada para transporte de substância infecciosa com gelo reciclável.

Esquema para coleta de material de *swab* combinado



Swab de nasofaringe ou orofaringe (2 ou 3 *swabs*)

➤ Os *swabs* a serem usados devem ser estéreis e possuir haste de plástico. Não deverão ser usados *swabs* com haste de madeira e/ou com alginato de cálcio.

O tubo deverá ser identificado com o nome do paciente, a natureza do espécime, a data de coleta.

OBS: Caso ocorra sangramento nasal, abaixar a cabeça do paciente para frente (em direção aos joelhos) e manter as narinas pressionadas entre o dedo indicador e polegar durante, aproximadamente, 5 minutos. É recomendável, para realizar a compressão digital, a introdução de uma mecha de algodão embebido em adrenalina ou outro vasoconstritor nasal na fossa nasal sangrante.

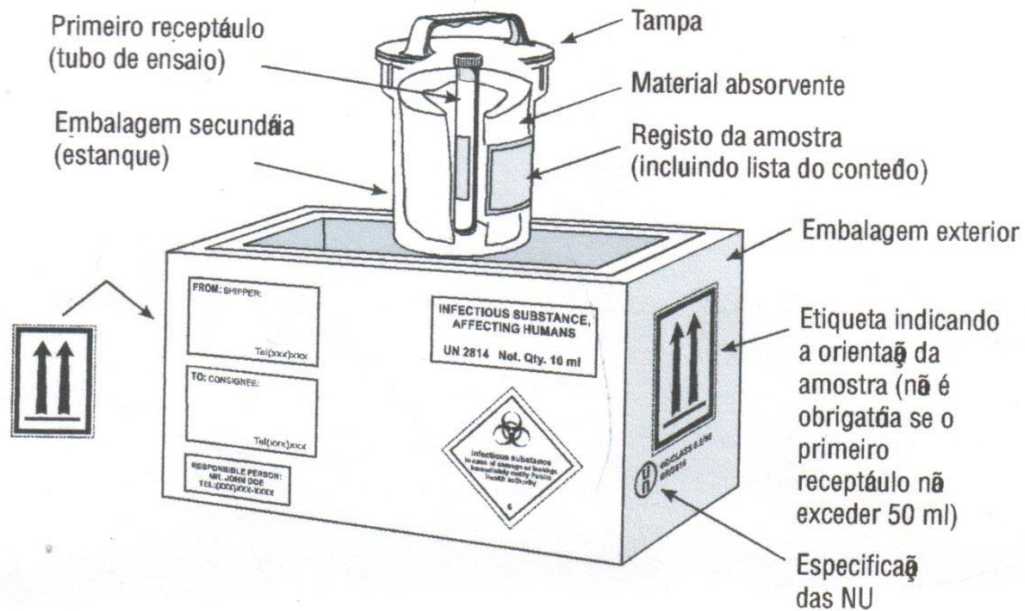
2. ACONDICIONAMENTO, CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS

Após a coleta, a amostra deve ser acondicionada de preferência em embalagem tripla com gelo reciclável de acordo com as normas para transporte de materiais infecciosos. O envio das amostras do local de coleta será realizado por uma empresa contratada pelo LACEN/RS ou por uma autoridade sanitária, o mais breve possível (Fluxo em anexo)

As amostras devem seguir as normas para transporte aéreo ou terrestre de materiais infecciosos e serem embaladas em três diferentes recipientes:

- Um recipiente impermeável à água, dentro do qual encontra-se a amostra;
- Material absorvente em quantidade suficiente para absorver todo o líquido da amostra em caso de vazamento;
- Embalagem externa com o objetivo de proteger o material absorvente contra o impacto e a água durante o transporte.

Embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas de Categoria A



Atenção: Os laboratórios dos hospitais que receberem casos suspeitos de influenza A H1N1 poderão processar amostras de sangue ou outras amostras clínicas, que não sejam do trato respiratório, para subsidiar o diagnóstico diferencial, conforme hipóteses clínicas elencadas no Hospital de Referência, adotando-se as medidas de biossegurança preconizadas para cada situação.

Anexo
Fluxo de coleta e transporte de amostra de influenza

