
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Informações sobre a influenza (inclui influenza A/H1N1¹)

Atualização de 11/06/2009

Atenção: Ocorreram modificações nas definições de caso, feitas pelo Ministério da Saúde; outra modificação foi a mudança no dia de hoje pela OMS de fase 5 para fase 6 (significa estar em pandemia)

Tendo em vista o início da estação da influenza, este documento aborda agora tanto a influenza sazonal como a influenza A/H1N1

¹ Em 30 de abril de 2009, a OMS adotou como denominação oficial *Influenza A(H1N1)* em substituição a denominação anterior de influenza suína.

Prefeito Municipal

Márcio Lacerda

Secretário Municipal de Saúde

Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretária Adjunta Municipal de Saúde

Susana Maria Rates

Secretário Adjunto Municipal de Saúde

Fabiano Pimenta Júnior

Chefia do Gabinete

Marcos José Mendes

Assessoria Técnica do Gabinete

Lídia Tonon

Janete Maria Ferreira

Gerência de Assistência

Maria Luiza Tostes

Gerência da Vigilância em Saúde e Informação

Maria Tereza da Costa Oliveira

Gerência de Urgência

Paula Martins

Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar

Ninon de Miranda Fortes

Gerência de Planejamento e Desenvolvimento

Márcia Faria Moraes Silva

Gerência da Rede Complementar

Sônia Gesteira e Matos

Gerência de Tecnologia da Informação em Saúde

Sibele Ferreira

Gerência de Comunicação Social

Luciana Melo Borges

Gerência Administrativa

Mário Lúcio Diniz

Gerência Orçamentária e Financeira

Guilherme Antonini Barbosa

Gerência de Controladoria

Eduardo Henrique de Tadeu Corrêa

Gerência dos Distritos Sanitários

GERSA Barreiro

Maria Inês Ribeiro Oliveira

GERSA Centro Sul

Regina Lemos

GERSA Leste

Synara Barbosa Batista

GERSA Nordeste

Carmem Cadete

GERSA Noroeste

Walma Bernadete de Miranda Seixas

GERSA Norte

Wanessa Lopes Wilke

GERSA Oeste

Marília Janotti Guerra

GERSA Pampulha

Maristela Nascimento Silva

GERSA Venda Nova

Maria Janini Lino e Macedo

Conteúdo

1. Introdução.....	6
2. O vírus da influenza.....	7
3. Influenza sazonal: aspectos clínicos	7
4. Influenza A/H1N1: aspectos clínicos.....	10
5. Situação epidemiológica atual	10
6. Vigilância da influenza A/H1N1: definições de caso	11
7. Atendimento de caso de influenza A/H1N1 em Belo Horizonte	13
6. Mecanismos de transmissão da influenza	14
7. Período de transmissão	15
8. Medidas para evitar a transmissão de influenza A/H1N1 no serviço de saúde.....	15
9. Paciente suspeito sem necessidade de internação	16
10. Transporte de pacientes	18
11. Paciente suspeito com necessidade de internação	18
12. Medidas preventivas no hospital	19
13. Lavagem das mãos - etapas	19
14. Equipamento de Proteção Individual (EPI).....	20
15. Cuidados com equipamentos médicos.....	23
Anexo I	
Colocação da máscara N95	24
Anexo II	
Tratamento.....	25

Anexo III

Coleta e transporte de amostras de secreções respiratórias 26

Anexo IV

Recomendações para cuidados no domicílio dos pacientes suspeitos ou confirmados de influenza A/H1N1 29

Anexo V

Orientações para serviços de saúde quanto ao reprocessamento de artigos médico-hospitalares..... 31

Referências Bibliográficas 34

1. Introdução

A importância do vírus da influenza está na sua morbi-mortalidade. O vírus tem uma grande capacidade de disseminar de pessoa a pessoa e de produzir rapidamente uma epidemia, com uma gama de apresentações clínicas que vai desde casos leves até casos graves que requerem internação hospitalar e levam ao óbito.

Anualmente, é habitual ocorrer surtos de influenza, principalmente nos meses mais frios do ano, conhecida como influenza sazonal. Durante esta circulação do vírus da influenza, os casos mais graves e óbitos ocorrem principalmente em crianças, idosos e pessoas imunocomprometidas. É estimado que cerca de um milhão de pessoas faleça anualmente no mundo em decorrência de complicações da infecção pelo vírus da influenza.

Além da influenza sazonal, o surgimento em seres humanos de novos vírus da influenza pode ocasionar pandemias que se convertem em emergências sanitárias de caráter mundial. Isto porque a humanidade está despreparada, do ponto de vista imune, para enfrentar este novo vírus.

Durante o século passado ocorreram três grandes pandemias, com milhões de óbitos: a de 1918, conhecida como “gripe espanhola”, a de 1957 ou “gripe Asiática” e a de 1968 ou “gripe de Hong Kong”. Ao contrário do que ocorre na maioria das epidemias anuais, nas quais entre 80% e 90% dos óbitos ocorrem em pessoas de 65 anos ou mais de idade, na pandemia de 1918 as taxas de mortalidade mais altas foram em adultos jovens.

Em 24 de abril de 2009 a Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou os países membros a ocorrência de casos humanos de Influenza A(H1N1) no México e nos Estados Unidos da América (EUA). No dia seguinte, em cumprimento ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), declarou este evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A partir daí, todos os países, inclusive o Brasil, desencadearam ações de vigilância com o objetivo de impedir a disseminação do novo vírus.

No dia 11 de junho de 2009, após a realização da quarta reunião do Comitê de Emergência da OMS, conforme estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), OMS elevou o nível de preparação para a pandemia da fase 5 para fase 6. De acordo com a OMS, a fase 6 significa que a disseminação da infecção entre humanos, no nível comunitário, ocorre em diferentes continentes do mundo.

Apesar da alteração de fase, a influenza causada pelo vírus A/H1N1 permanece caracterizada como de gravidade moderada e não há recomendações aos países para o fechamento de fronteiras ou restrições ao comércio e viagens internacionais.

2. O vírus da influenza

O vírus da influenza é um vírus RNA da família *orthomyxoviridae*. Três diferentes tipos de vírus da influenza podem causar doença nos seres humanos: A, B e C; entretanto, só o tipo A, por ser altamente mutável, tem causado epidemias. O vírus da influenza A é designado pelo subtipo, dependendo das proteínas presentes na sua superfície: hemaglutinina e neuramidase. Já foram identificados 16 subtipos de hemaglutininas e 9 subtipos de neuramidase. Atualmente, os subtipos H1N1 e H3N2 do vírus da influenza tipo A circulantes são responsáveis pelas epidemias sazonais. As frequentes mudanças na composição genética dos vírus da influenza A constituem a base das epidemias e pandemias.

As mudanças genéticas menores, são conhecidas como “deriva antigênica” (em inglês *drift*), causam alterações imunologicamente significativas nos antígenos da superfície viral; é um processo contínuo e dá lugar a novas variantes antigênicas que requerem atualizações anuais na composição da vacina contra a influenza. Estas mudanças são as responsáveis pelos surtos anuais da doença, chamada de influenza sazonal.

As mudanças genéticas importantes, conhecidas como “salto antigênico” (em inglês *shift*), levam ao surgimento de um vírus da influenza com uma nova hemaglutinina ou uma nova combinação de hemaglutinina e neuraminidase. O salto antigênico ocorre como resultado da mutação ou do re-ordenamento genético do vírus da influenza A em humanos e animais. Através deste mecanismo de mudança surgem os novos vírus da influenza, com potencial de produzir a influenza pandêmica.

Reservatórios

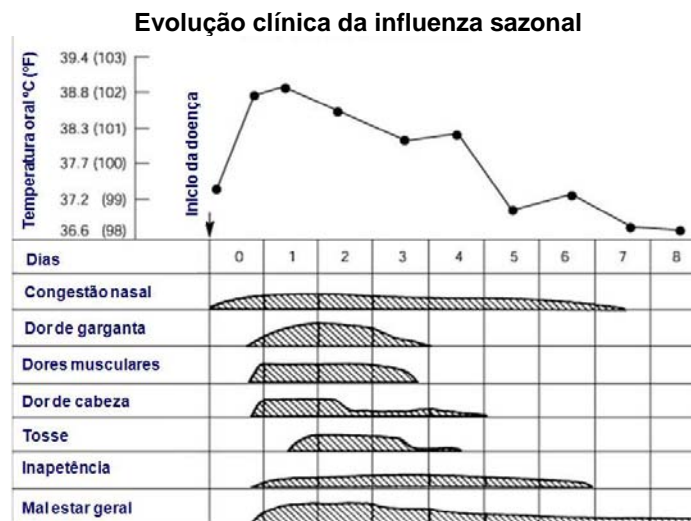
O vírus da influenza A se encontra em diversas espécies animais. Entretanto, seu principal reservatório são as aves aquáticas silvestres, que transmitem a infecção a outras aves, silvestres e domésticas, e a diversos mamíferos como os seres humanos, as baleias, os porcos, os cavalos, os felinos domésticos e selvagens.

3. Influenza sazonal: aspectos clínicos

O período de incubação é de um a quatro dias (em média dois dias).

A infecção pelo vírus da influenza pode ser assintomática em 50% dos casos. Pode apresentar uma grande variedade de sintomas: cefaléia, congestão nasal, dor de garganta, febre maior ou igual a 38°, mal estar geral, mialgias e inapetência. A tosse costuma ser intensa. Outros sintomas são rouquidão, congestão ocular e lacrimejamento, dor retroesternal ao tossir e sintomas gastrointestinais. Estas manifestações são geralmente de duração limitada e o paciente se restabelece em dois a sete dias. A evolução clínica da influenza sazonal está na Figura 1 abaixo.

Figura 1



Os sintomas podem variar de acordo à idade do paciente. Em adultos sadios o quadro clínico pode apresentar diferentes intensidades. As crianças apresentam febre alta e é comum a linfadenopatia cervical, quadros de bronquiolite e de bronquite, além de sintomas gastrointestinais. Os idosos quase sempre apresentam febre, às vezes sem outros sintomas, mas em níveis menos altos que as crianças.

Apesar de causar doença em pessoas de todas as idades, as complicações graves e as mortes ocorrem principalmente em idosos e crianças pequenas, pessoas que vivem em instituições asilares e pessoas com alguma doença crônicas como cardiopatias, hemoglobinopatias, doenças metabólicas, pulmonares, renais, aids, doenças respiratórias (incluindo asma). As mulheres no segundo ou terceiro trimestre de gravidez também são mais propensas a apresentar formas graves.

Uma complicação freqüente da influenza é a pneumonia bactéria e as bactérias mais comumente envolvidas são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Staphylococcus aureus* e o *Haemophilus influenzae*. Isto porque as infecções virais do trato respiratório influem em vários fatores de defesa do hospedeiro e preparam o caminho para a infecção bacteriana. Também é possível ocorrer uma

infecção mista. Nas pneumonias adquiridas na comunidade têm sido encontrado infecções mistas em 3-12% de casos em adultos.

Para o diagnóstico diferencial da influenza, é necessário considerar os principais vírus (Quadro 1), e outros agentes responsáveis pelas infecções respiratórias, suas especificidades, os principais sintomas e sinais clínicos.

Entretanto, pela semelhança das manifestações clínicas, o diagnóstico etiológico definitivo é estabelecido através da identificação do agente etiológico nas amostras respiratórias.

Quadro 1
Principais vírus responsáveis por infecções respiratórias agudas

Síndromes	Agentes etiológicos	Características clínicas
Doença tipo Influenza	Influenza, Adenovírus, Coronavírus, Parainfluenza, Rinovírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Febre (≥ 38) dor de garganta, tosse. Pode ser acompanhada de cefaléia, congestão nasal, mal estar geral, mialgia.
Rinite (resfriado comum)	Adenovírus, Coronavírus, Influenza, Parainfluenza, Rinovírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Cefaléia, congestão nasal, Mal estar geral, mialgia.
Faringite	Coronavírus, Influenza, Rinovírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Dor localizada na orofaringe
Laringotraqueobronquite	Adenovírus, Influenza, Parainfluenza, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Febre, tosse seca e persistente, rouquidão
Bronquiolite	Influenza, Vírus Sincicial Respiratório	Tosse seca e persistente, taquipnéia, presença de sibilância na ausculta pulmonar e alterações no exame radiológico do tórax
Pneumonia	Adenovírus, Influenza, Hantavírus, Parainfluenza, Sarampo, Varicela, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	Sintomas sistêmicos como: febre, mal estar, tosse seca, associados com taquipnéia, alterações na ausculta pulmonar e no exame radiológico do tórax.

Fonte: Adaptado do "Plano de Preparação Brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza", Série B, Textos Básicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde do Brasil, Brasília, D.F., 2005.

4. Influenza A/H1N1: aspectos clínicos

Segundo o informe semanal da OMS (Weekly epidemiological record - 22 may 2009, 84th No. 21, 2009, 84, 185–196. Disponível em <http://www.who.int/wer>) o espectro da doença causada pelo novo vírus da influenza A (H1N1) varia desde uma doença branda de trato respiratório superior até uma pneumonia grave ou fatal.

A maioria dos quadros tem parecido com a doença tipo influenza, sem complicações e com resolução espontânea. Os sintomas mais freqüentemente informados são: tosse, febre, dor de garganta, mal estar e dor de cabeça. Alguns pacientes tratados ambulatorialmente, assim como um em cada seis pacientes internados, não apresentaram febre.

Nos Estados Unidos, 38% dos pacientes tratados ambulatorialmente apresentaram sintomas gastrointestinais como náusea, vômitos e/ou diarreia.

Aproximadamente 2-5% dos casos confirmados nos Estados Unidos e Canadá e 6% no México foram internados.

5. Situação epidemiológica atual

Como exposto, usualmente ocorre um aumento de número de casos de influenza nos meses mais frios do ano, chamada influenza sazonal, devido à circulação de um vírus com pequenas variantes antigênicas.

Entretanto, um novo vírus da influenza, considerado com potencial de produzir pandemia, foi identificado na América do Norte em abril de 2009. O outono/inverno já passou para o hemisfério norte e não coincidiu, portanto, com a introdução do novo vírus A/H1N1.

Para o hemisfério sul a chegada do novo vírus coincidiu com o início do frio, quando é habitual o aumento de casos (influenza sazonal). Ou seja, no Brasil estão ocorrendo mais casos de influenza sazonal que merecem atenção e cuidados das equipes de saúde; ao mesmo tempo, é preciso estar vigilante para identificar imediatamente um caso suspeito de influenza A/H1N1 e evitar que circule o novo vírus, hoje considerado pandêmico.

Quanto à influenza A/H1N1, desde a sua notificação pela OMS e de acordo às últimas informações obtidas no seu site ([WWW.who.int](http://www.who.int)) e no site da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (<http://portal.saude.gov.br>) e informações da Gerência de Epidemiologia e Informação da SMSA de Belo Horizonte, são os seguintes os casos conhecidos de influenza A/H1N1:

No mundo: (Boletim nº 47 da OMS de 23/05/09) 47 países notificaram oficialmente à OMS 28.774 casos confirmados (Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bahamas, Bahrain, Barbados, Bélgica, Bolívia, Brasil, Canadá, China, Chile, Colômbia, Coreia, Costa Rica, China, Dinamarca, El Salvador, Equador, Espanha, Estados Unidos, Filipinas, Finlândia, França, Guatemala, Grécia, Holanda, Ilhas Caimã, Índia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Malásia, México, Noruega, Nova Zelândia, Panamá, Peru, Polônia, Portugal, Reino Unido, Rússia, Suécia, Suíça e Turquia) e 144 mortes. A maioria dos casos ocorreu nos Estados Unidos (13.217 e 27 mortes) e no México (6.241 e 108 óbitos), seguidos pelo Canadá (2.446 e quatro mortes), Chile (1.694 e dois óbitos) e Austrália (1.307 casos, nenhum faleceu). Os seguintes países informaram um óbito cada um: Colômbia, Costa Rica e República Dominicana.

No Brasil: Segundo o informe do MS de 11/06/09, foram confirmados no país 52 casos de influenza A/H1N1: 20 em São Paulo; 10 no Rio de Janeiro e 10 em Santa Catarina; quatro em Minas Gerais e Tocantins; dois no Mato Grosso; um no DF e um no Rio Grande do Sul. Existem outros 55 casos suspeitos. Foram investigados e descartados 446 casos.

Em Belo Horizonte: Hoje, dia 11 de junho, foram confirmados três casos de influenza em pessoas que chegaram a Belo Horizonte no dia 06 de junho, provenientes da Flórida, EUA, com sintomas. Estas pessoas estão clinicamente bem e sendo monitoradas em casa pelo Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do município.

6. Vigilância da influenza A/H1N1: definições de caso

1. Caso SUSPEITO

Pessoa que apresentar doença aguda de início súbito, com febre*, ainda que referida**, acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos, podendo ou não estar acompanhada de outros sinais e sintomas como cefaléia, mialgia, artralgia ou dispnéia, vinculados aos itens A e ou B abaixo:

A. Ter retornado, nos últimos 10 dias, de países com casos confirmados de infecção pelo novo vírus A (H1N1); OU

B. Ter tido contato próximo, nos últimos 10 dias, com uma pessoa classificada como caso suspeito ou confirmado de infecção humana pelo novo vírus influenza A(H1N1).

* Considera-se febre como a elevação da temperatura corporal \geq de 37,5° C.

** Significa que o próprio indivíduo mediu a temperatura, verificou que estava acima do valor de referência e informou ao profissional de saúde.

2. Caso confirmado

2.1. Pessoa com a infecção pelo novo vírus Influenza A(H1N1), confirmado pelo laboratório de referência, por meio da técnica de RT-PCR em tempo real.

2.2. Caso suspeito para o qual não foi possível coletar amostra clínica para diagnóstico laboratorial (ou a amostra foi inviável) **E** que tenha sido contato próximo de um caso laboratorialmente confirmado.

3. Caso descartado

3.1. Caso **suspeito** em que não tenha sido detectada infecção por novo vírus influenza A(H1N1) em amostra clínica viável **OU**

3.2. Caso **suspeito** em que tenha sido diagnosticada influenza sazonal ou outra doença **OU**

3.3. Caso suspeito para o qual não foi possível coletar amostra clínica para diagnóstico laboratorial (ou a amostra foi inviável), que tenha sido contato próximo de um caso laboratorialmente descartado.

4. Contato próximo de caso suspeito ou confirmado

Para a caracterização de contato, inicialmente toma-se por referência em que momento ocorreu a exposição à fonte de infecção - ou seja, ao caso suspeito ou confirmado. Verificar, portanto, se houve exposição durante o período de transmissibilidade da doença (um dia antes e até sete dias após a data de início dos sintomas do caso suspeito ou confirmado) **E** se esta exposição ocorreu em uma das situações abaixo:

a. Durante viagem internacional

- Devido ao sistema de climatização e ao tipo de filtro (HEPA) das aeronaves, são considerados contato próximo durante o voo aqueles passageiros localizados na mesma fileira, nas fileiras laterais e nas duas fileiras anteriores e posteriores ao do caso suspeito ou confirmado.

- No caso de viagem internacional por via terrestre, em ônibus com sistema de climatização, adotar os mesmos procedimentos descritos para viagens aéreas. Quando em carro de passeio, considerar todos os passageiros como contato próximo. Para embarcações, considerar como contato próximo aqueles tripulantes que viajaram na mesma cabine ou compartilharam ambientes durante a viagem.

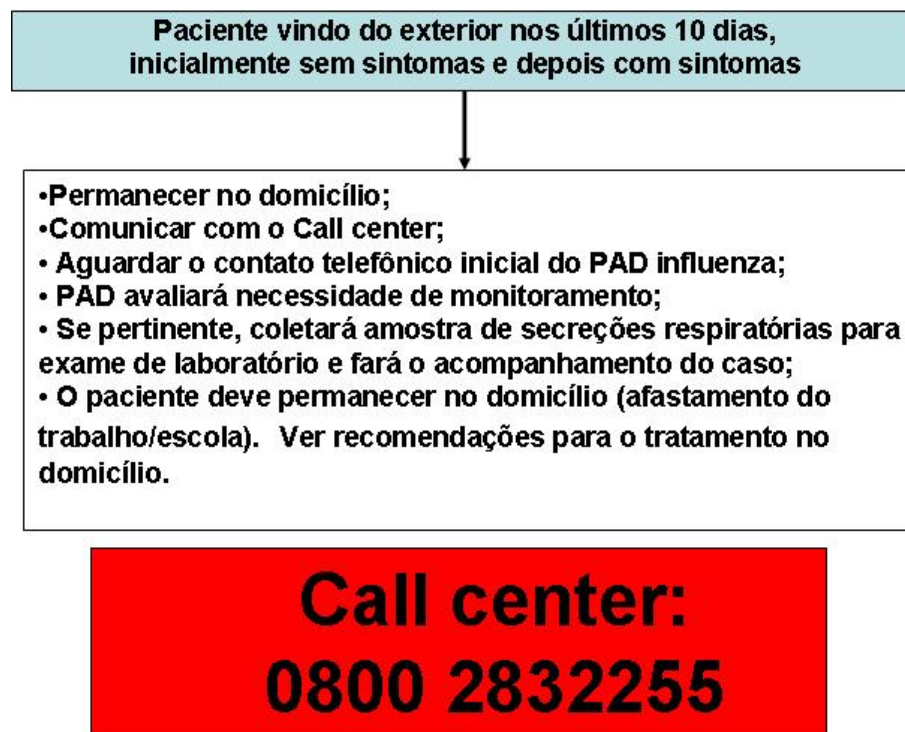
b. Na comunidade

- Pessoas que cuidam, convivem ou que tiveram contato direto com secreções respiratórias de um caso suspeito ou confirmado.

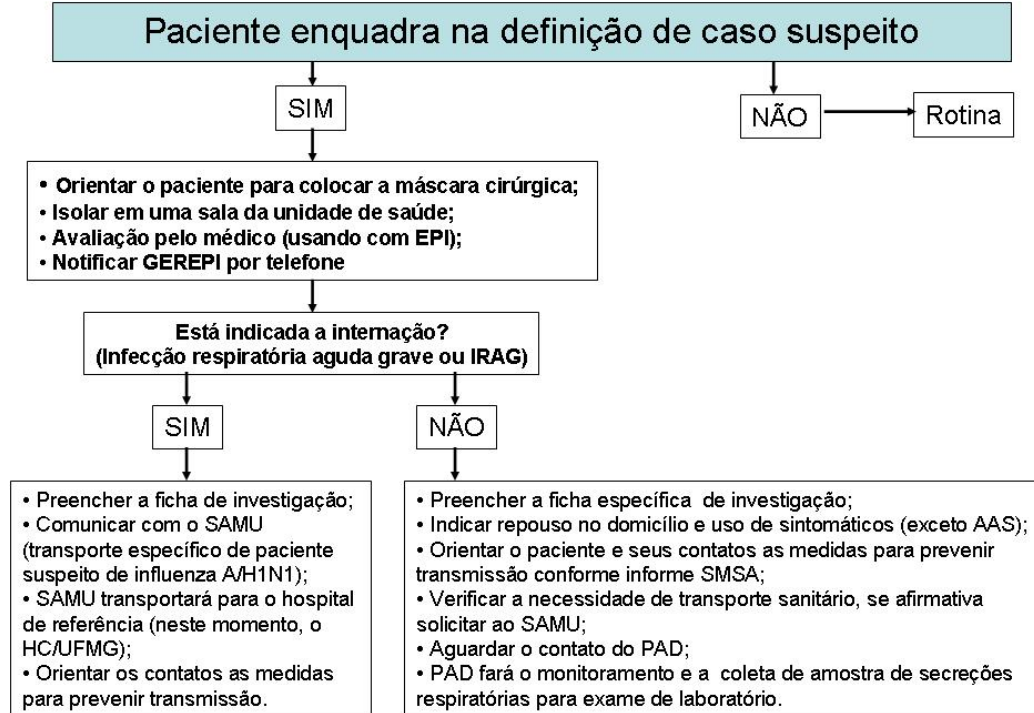
7. Atendimento de caso de influenza A/H1N1 em Belo Horizonte

Todo caso suspeito, identificado ainda no aeroporto de Confins, deve ser encaminhado para o Hospital das Clínicas, onde será avaliado. Para este transporte, deverá ser acionado o SAMU. Se necessário, ficará internado no setor de isolamento respiratório do hospital. Caso contrário, deverá ir para o domicílio e passará a ser acompanhado pelo PAD (Programa de Atenção Domiciliar) de Belo Horizonte.

Todo passageiro procedente do exterior é orientado no aeroporto como proceder, se desenvolver os sintomas da doença dentro de um período de dez dias, conforme o fluxo apresentado a seguir:



O seguinte fluxo deve ser seguido quando um paciente suspeito procurar diretamente um estabelecimento de saúde:



6. Mecanismos de transmissão da influenza

O vírus da influenza se transmite eficazmente através de:

Contato direto de pessoa a pessoa (contato menor que um metro):

- Gotículas com mais de 5 μm que chegam ao máximo até um metro de distância e que são geradas principalmente quando a pessoa fonte tosse, espirra ou conversa. A transmissão por gotículas grandes que contêm o vírus (>5 μm) requer contato próximo entre o paciente e a pessoa receptora porque elas não ficam suspensas no ar e conseguem se deslocar apenas a curta distância (aproximadamente um metro) através do ar.

Contacto indireto:

- Através de objetos contaminados (particularmente, com a contaminação das mãos e a auto inoculação na conjuntiva, boca ou na mucosa nasal) e

Mais raramente, em situações de estímulo, tais como os procedimentos geradores de aerossóis (núcleo de gotículas de menos de 5 μm que alcançam distâncias superiores a um metro).

A transmissão por gotículas respiratórias tem sido considerada como a rota mais importante de transmissão do vírus da influenza.

O vírus da influenza tem alta taxa de ataque e se dissemina rapidamente em ambientes fechados. A taxa de ataque nos anos pandêmicos pode chegar a 30% em escolares e 1 a 15% em adultos. A taxa de ataque em pessoas institucionalizadas pode ser mais alta.

A sobrevivência do vírus da influenza, fora do organismo é, em média, 24 a 48 horas em superfícies duras e não porosas, oito a 12 horas em roupas, papéis e tecidos, e cinco minutos nas mãos.

Todo profissional de saúde que for dar atenção diretamente ao paciente deve se paramentar com Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado para o manejo de caso suspeito de influenza A/H1N1.

7. Período de transmissão

Geralmente, o período de transmissão começa um dia antes até sete dias após o início dos sintomas. Entretanto, é possível que ocorra enquanto permanecem os sintomas. O Ministério da Saúde recomenda manter as medidas para evitar a transmissão por dez dias após o início dos sintomas.

As crianças menores de 12 anos de idade infectadas podem eliminar o vírus da influenza desde um dia antes até 14 dias após o início dos sintomas.

Os indivíduos infectados podem transmitir o vírus mesmo que não apresentem sintomas.

8. Medidas para evitar a transmissão de influenza A/H1N1 no serviço de saúde

Todo paciente suspeito de influenza A/H1N1 deve utilizar de imediato uma máscara cirúrgica. Esta máscara deve ficar ajustada no seu rosto. Quando molhada, a máscara deve ser substituída.

Para fazer a higiene nasal, deve utilizar um lenço descartável ou papel higiênico. O nariz e a boca devem estar cobertos quando espirrar ou tossir (se estiver sem a máscara, deve

cobrir o rosto com papel descartável ou com o braço); evitar tocar olhos, nariz ou boca. Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar.

Colocação da máscara cirúrgica:



- Colocar sobre o nariz, boca e queixo;
- Adaptar a peça flexível sobre o nariz;
- Amarrar sobre as orelhas e nuca.

O paciente deve ser imediatamente conduzido para uma sala sem outros pacientes onde será examinado.

Se não for possível, evitar que o paciente permaneça em local com outras pessoas. Senão, que mantenha pelo menos um metro de distância de outra pessoa enquanto aguarda seu atendimento, utilizando a máscara cirúrgica.

9. Paciente suspeito sem necessidade de internação

- O paciente que se enquadre como suspeito de influenza A/H1N1 deve colocar uma máscara cirúrgica.
- Todo pessoa que for permanecer em distância inferior a um metro do paciente deve usar máscara cirúrgica.
- O profissional de saúde que vai prestar atendimento direto ao paciente deve se paramentar com EPI adequado (luva, avental ou capote, gorro, máscara cirúrgica ou máscara N95 e óculos, dependendo da situação de risco).

- Limitar a quantidade de profissionais de saúde, familiares e de visitas expostas ao paciente.
- Evitar que grávidas, pessoas com doenças crônicas (por exemplo: doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, imunodeficiências congênitas ou adquiridas, cardiopatias, diabetes), crianças menores de cinco anos e adultos ≥ 65 anos tenham contato próximo com o paciente.
- A coleta de secreção respiratória deve ser providenciada, seguindo as orientações para a coleta, armazenamento e transporte adequado. As amostras deverão ser enviadas à FUNED para seu processamento. Cada estabelecimento de saúde deve estabelecer com a FUNED o fluxo de entrega de material.
- Prescrever medicação sintomática para o paciente. Não usar ácido acetilsalicílico.
- Se possível, manter em quarentena domiciliar voluntária até o completo desaparecimento dos sintomas (o Ministério da Saúde recomenda dez dias), com as recomendações específicas.
- O caso deve ser notificado imediatamente à Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário por telefone, ou à Gerência de Epidemiologia e Informação: 3277-7767 e 3277-8222 ou celular do plantão 8835-3120.
- As recomendações para os cuidados no domicílio estão no Anexo IV.
- Todo paciente que apresente infecção respiratória aguda grave deve ser internado em um hospital de referência. A avaliação da necessidade de internação deve ser baseada em critérios clínicos. A dificuldade respiratória é um dos critérios usados e a frequência respiratória é um dos parâmetros utilizados na avaliação da dificuldade respiratória:

Idade	Frequência respiratória aumentada (=taquipnéia)
Antes de dois meses	> 60 respirações/minuto
De dois a 11 meses	> 50 respirações /minuto
12 meses a cinco anos	> 40 respirações /minuto
Adultos*	> 26 respirações /minuto

*A frequência respiratória ≥ 30 em adultos é um parâmetro utilizado para avaliar a gravidade

- **Outros sinais indicativos de necessidade de internação hospitalar:** vômitos repetidos, dor abdominal intensa, não conseguir alimentar (criança não conseguir mamar), sintomas e/ou sinais de desidratação, convulsões, confusão mental, prostração, ou qualquer sinal ou sintoma de instabilidade clínica.

10. Transporte de pacientes

- Os tripulantes de veículos de transporte de paciente que vão entrar em contato com o mesmo necessitam usar permanentemente máscaras tipo cirúrgicas. Como medida adicional, o paciente deve usar também a máscara cirúrgica. Se a cabine do motorista e do paciente são separadas por alguma barreira, esta deve ser mantida fechada em todo momento do traslado. Apenas as pessoas que vão dar atenção ao paciente devem entrar em contato com ele. Assim, se o motorista só tem a tarefa de dirigir a ambulância, não deverá entrar no habitáculo em nenhuma circunstância
- Terminado o traslado e antes de ser novamente utilizado para outro, o habitáculo do paciente, os materiais utilizados e todas as superfícies que o paciente teve contato durante o transporte devem ser submetidos a limpeza e desinfecção. Verificar maiores detalhes no Anexo V.

11. Paciente suspeito com necessidade de internação

- O profissional de saúde que vai prestar atendimento direto ao paciente deve se paramentar com EPI adequado (luva, gorro, avental ou capote, máscara cirúrgica ou máscara N95 e óculos, dependendo da situação de risco).
- Deve encaminhar o paciente o quanto antes para quarto de isolamento, cujas portas devem ser mantidas fechadas.
- Quando possível este quarto de isolamento deve ser equipado com filtro hepa e pressão negativa. Caso contrário, deve ser bem ventilado.
- Após a internação, evitar o transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de influenza A/H1N1. Se a saída do paciente de seu quarto se fizer necessária, utilizar máscara cirúrgica também no paciente.
- Limitar a quantidade de profissionais de saúde, familiares e de visitas expostos ao paciente.
- A coleta e armazenamento de amostra de secreção respiratória para os exames diagnósticos devem ser providenciados. A amostra deve ser enviada à FUNED para seu processamento. Cada estabelecimento de saúde deve estabelecer com a FUNED o fluxo de entrega de material.

- O caso deve ser notificado imediatamente à Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário por telefone, ou à Gerência de Epidemiologia e Informação: 3277-7767 e 3277-8222 ou celular do plantão 8835-3120.
- Até o momento, o tempo de duração das medidas de precaução e isolamento respiratório é enquanto durarem os sintomas (é recomendado dez dias pelo Ministério da Saúde).

12. Medidas preventivas no hospital

- Instituir restrição de visitas, principalmente no período de transmissibilidade da doença (enquanto durarem os sintomas);
- Reduzir o número de profissionais para atender o paciente;
- Colocar máscara cirúrgica no paciente, quando o mesmo sair do seu quarto;
- Instituir medidas de biossegurança para profissionais de saúde:
 - Uso de EPI adequado.
 - Reforçar a importância de **lavar as mãos antes e após contato com pacientes**. Essa prática, quando realizada adequadamente, parece ser suficiente para impedir a transmissão por contato do vírus influenza.
- Adotar as precauções contra transmissão do vírus influenza por aerossóis, quando for o caso.

13. Lavagem das mãos – etapas

- Retirar jóias (anéis, pulseiras, relógio), uma vez que nestes objetos acumulam-se bactérias não removidas com a lavagem das mãos;
- Abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia, para não contaminar a roupa, quando não houver pedal;
- Molhar as mãos;
- Aplicar de 3 a 5 ml (ou conforme recomendação do fabricante) de sabão líquido nas mãos;
- Ensaboar as mãos, formando espuma, friccionando-as por 15 a 30 segundos atingindo todas as suas faces (palma, dorso, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos);
- Enxaguar, deixando a água penetrar nas unhas e espaços interdigitais (mão em forma de concha).
- Retirar toda a espuma e os resíduos de sabão, sem deixar respingar água na roupa e no piso;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável (duas folhas). Não usar secador de mãos.

- Se a torneira for manual, usar o mesmo papel-toalha para fechá-la;
- Desprezar o papel-toalha em lixeira apropriada.

Etapas para utilização do álcool a 70%

- Aplicar álcool a 70% na palma de uma das mãos;
- Seguir as recomendações do fabricante quanto ao volume de álcool a 70% a ser utilizado;
- Esfregar as mãos com álcool a 70%, cobrindo todas as faces das mãos e dedos, até que as mãos estejam secas.

14. Equipamento de Proteção Individual (EPI)



Quem deve utilizar EPI:

- Todos os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente (ex: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, equipe de radiologia e de transporte);
- Toda a equipe de suporte, incluindo pessoal de limpeza;
- Todos os profissionais de laboratório, durante a manipulação de amostra de paciente com influenza suspeita ou confirmada;
- Todos os profissionais do Centro de Material e Esterilização (CME), durante manipulação de artigos provenientes de paciente com influenza suspeita ou confirmada;
- Familiares e visitantes.

Que EPI deve ser utilizado?

Equipamento de proteção	Quem deve usar?
Máscara N95	Todos que estão dentro da sala durante procedimentos geradores de aerossol. Atenção: até que estejam bem estabelecidos os padrões de transmissão deste vírus*, todo profissional de saúde deve usar a máscara N95 quando entrar no quarto de paciente suspeito ou confirmado de influenza A/H1N1 e/ou quando aproximar-se a menos de um metro dele.

Máscara cirúrgica	Todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente. O paciente, sempre que estiver fora do isolamento. No domicílio, quando estiver em distância inferior a um metro de outra pessoa.
Luvas	Todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente
Capote	Todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente
Óculos e gorro	Profissional que vai realizar um procedimento próximo do paciente com risco de salpicar secreção; Todos que estão dentro da sala durante procedimentos geradores de aerossol

* CDC. [Homepage on the Internet]. Interim Guidance for Infection Control for Care of Patients with Confirmed or Suspected Swine Influenza A (H1N1) Virus Infection in a Healthcare Setting. [Updated May 03 2009; cited May 03 2009] e Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. INFLUENZA A(H1N1)PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS. Atualização: 06.05.2009 às 12h.

Seqüência para colocar EPI:

- Capote
- Máscara
- Óculos e gorro
- Luvas

a. Avental ou capote

- O avental de mangas compridas deve ser utilizado pelo profissional de saúde na assistência à paciente suspeito de influenza A/H1N1. O profissional deve remover o avental usado tão logo quanto possível e proceder à higienização das mãos para evitar transferência de microorganismos para outros pacientes.

b. Máscaras, óculos e gorro

- Na maioria das situações de manejo do paciente com diagnóstico ou suspeita de influenza A/H1N1 a máscara cirúrgica é suficiente. Entretanto, nas situações geradoras de aerossol o profissional de saúde e equipe de suporte deve utilizar, além de óculos próprios para a proteção dos olhos, o gorro e a máscara de proteção respiratória, tipo respirador (máscaras N95). Exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossol: nebulizações, intubação, aspiração nasofaríngea, cuidados em traqueostomia, fisioterapia respiratória, broncoscopia, autópsia envolvendo tecido pulmonar e coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico da influenza.

Os procedimentos com geração de aerossol devem ser realizados apenas em áreas restritas, sem a presença de outros pacientes.

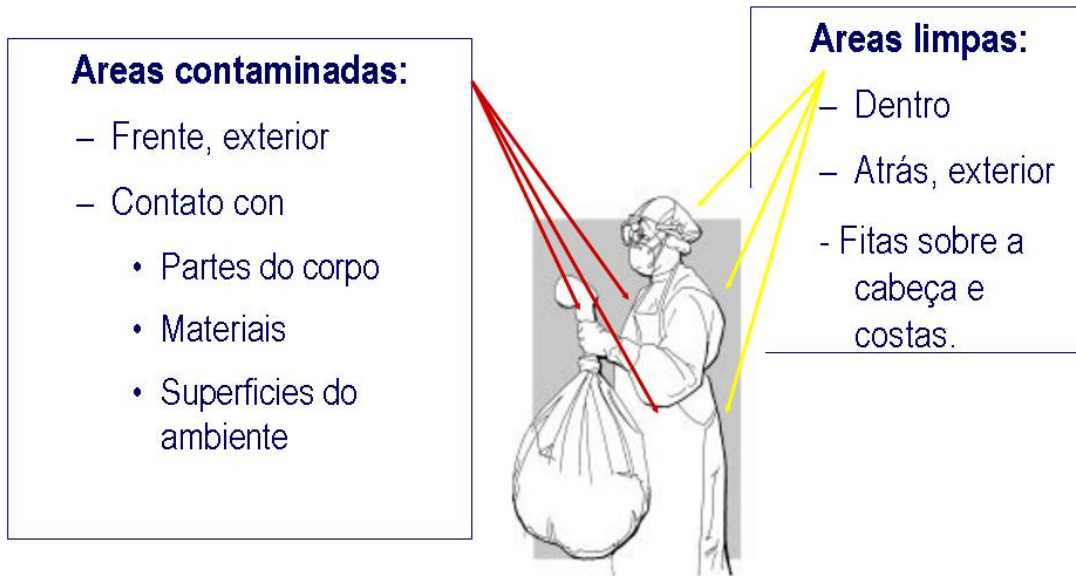
- O CDC recomenda à pessoa que vai prestar atenção direta a um paciente suspeito ou confirmado de influenza A/H1N1 usar a máscara N95 quando entrar no quarto do paciente, até que estejam bem estabelecidos os padrões de transmissão deste vírus

c. Luvas

- As luvas devem ser utilizadas na assistência a todo paciente com suspeita ou confirmação de influenza A/H1N1. O uso de luvas é para evitar o contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e mucosas e reduzir o risco de transmissão do vírus de pacientes infectados para o profissional ou para outro paciente, através das mãos do profissional.
- Colocar luvas antes de tocar no paciente.
- Trocar as luvas entre procedimentos em um mesmo paciente após contato com material que possa conter grande concentração de microorganismos.
- Retirar as luvas imediatamente após o seu uso, antes de tocar em artigos e superfícies não contaminados e antes de se encaminhar para assistência de outro paciente. As luvas não devem ser reprocessadas para reutilização.
- A higienização das mãos é imprescindível, mesmo quando luvas são utilizadas. **Proceder à higienização das mãos imediatamente após a retirada das luvas**, para evitar a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambientes.

O EPI é retirado antes de sair do quarto do paciente, exceto a máscara que deve ser retirada assim que sair do quarto.

Antes de retirar o EPI lembre-se!!!



Seqüência para retirar EPI:

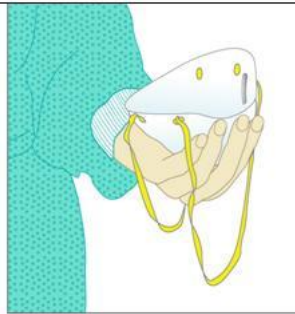
- Luvas
- Lavar as mãos
- Capote
- Óculos e gorro
- Máscara
- Lavar as mãos

15. Cuidados com equipamentos médicos

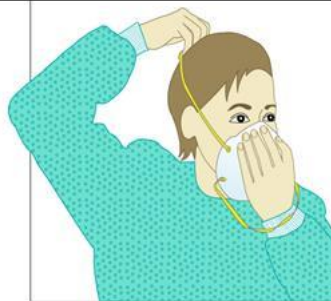
- Os equipamentos médicos a serem utilizados no paciente com influenza A/H1N1, como estetoscópios, esfigmomanômetros e termômetros, devem ser de uso exclusivo do mesmo. Estes equipamentos devem ser limpos e desinfetados após o uso (ver Anexo V).

Anexo I Colocação da máscara N95

Passo 1
Coloque a máscara na palma da mão com as tiras caídas livremente.



Passo 2
Coloque a máscara no seu rosto com a peça nasal para cima. Pegue a correia superior e a coloque atrás da cabeça.



Passo 3
Pegue a correia inferior e a coloque ao redor do pescoço abaixo da orelha.



Passo 4
Coloque os dois dedos de cada mão para ajustar no nariz.



Passo 5
Cubra a frente do respirador com ambas mãos procurando não alterar sua posição

Observação:

ATENÇÃO: O USO DE MÁSCARA N95 DEVE SER RACIONAL, APENAS NAS SITUAÇÕES INDICADAS. DE MANEIRA IDEAL, DEVE SER DESPREZADA APÓS CADA USO.

Anexo II Tratamento

No Brasil, para o tratamento de infecção humana pelo vírus da Influenza A(H1N1), está indicado o uso do medicamento Oseltamivir, para os casos que se enquadrarem nas definições de **caso suspeito, provável ou confirmado E** que tenham idade igual ou superior a 1 ano. O Ministério da Saúde indica a utilização do medicamento, no máximo, até 48 horas a partir da data de início dos sintomas. A dose indicada para crianças ≥ 1 ano, de acordo ao seu peso, e para adultos, está apresentada abaixo.

Dose de

Dose para tratamento*	Eventos adversos
1. Crianças ≥ 1 ano de idade <u>Peso/dose recomendadas:</u> ≤ 15 kg = 30 mg 2vezes/día >15 a 23 kg =45 mg 2vezes/día >23 a 40 kg =60 mg 2vezes/día >40 kg= 75 mg 2vezes/dia Duração: cinco 5 dias 2. Adultos 75 mg 2vezes/dia, durante cinco dias.	Gastrointestinais: náusea, vômitos. Se recomenda tomar com alimentos

Oseltamivir

ATENÇÃO!
**O Ministério da Saúde não está recomendando o uso do oseltamivir
para profilaxia.**

*Fonte. CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR. 2006; 55(No. RR-10) e Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. INFLUENZA A(H1N1)PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS. Atualização: 06.05.2009 às 12h.

Anexo III

Coleta e transporte de amostras de secreções respiratórias

Todos os profissionais de saúde envolvidos na coleta e manipulação de secreções respiratórias para o diagnóstico laboratorial do vírus da influenza A/H1N1 devem usar EPI: máscara N95, gorro, óculos de proteção e capote com mangas compridas.

Tipo de amostras

- Como primeira escolha, coletar aspirado nasofaríngeo.
- Como segunda opção, coletar swabs nasais e faríngeos

Técnicas para a obtenção de amostras

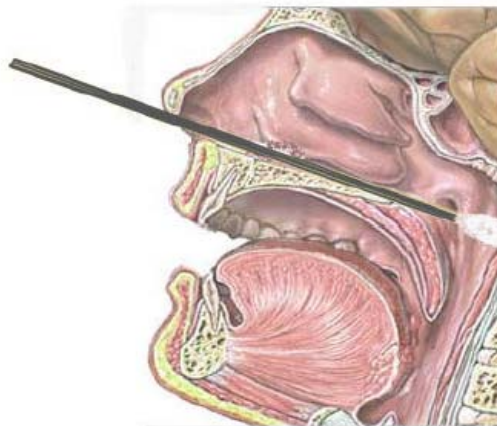
- **Aspirado nasofaríngeo**
 - Revisar a data de validade do meio de transporte, tubo de aspiração e bomba de vácuo.
 - Abrir o envelope que contém o Kit de aspiração e conectar o final do tubo com diâmetro menor a uma sonda estéril.
 - Medir com a sonda a distância do nariz até a base do ouvido; a metade desta distância corresponde à distância entre o nariz e a orofaringe do paciente.
 - Inserir a sonda pela fossa nasal do paciente.
 - Conectar o outro extremo de diâmetro maior à bomba de vácuo.
 - Retirar a sonda, girando suavemente.
 - Repetir o procedimento na outra fossa nasal.
 - Aspirar o volume aproximado de 8-10 ml de solução tampão pH 7,2 frio, através da sonda, para retirar toda a secreção.
 - Trocar a tampa do tubo coletor e identificar com os dados do paciente.
 - Enviar ao laboratório com o formulário de envio de amostras imediatamente.
 - A amostra deve ser mantida refrigerada até sua chegada ao laboratório. Atenção: nunca pode ser congelada.



Fonte: The Johns Hopkins Hospital Epidemiology and Infections Control and Nursing Education Department

- **Swab nasal**
 - Deverão ser utilizados swabs de rayón ou de fibra de poliéster;
 - Inserir um swab seco na fossa nasal e levá-lo para trás, a nasofaringe;
 - Ficar parado aí por uns segundos;
 - Devagar, retirar o swab fazendo girar levemente.
 - Introduzir o swab no tubo que contém o meio de transporte.

Obtenção de swab nasal



- **Swab faríngeo**
 - Pedir a pessoa que abra a boca;
 - Abaixar a língua com o abaixador;
 - Com um swab, tomar uma amostra da faringe posterior;
 - Evitar o contato com as amígdalas;
 - A seguir se deve introduzir o swab no meio de transporte;
 - No caso do meio haver sido preparado no laboratório, os swabs (nasal e faríngeo) podem ser colocados no mesmo meio de transporte.

Conservação e transporte de amostras

- Utilizar o meio de transporte. Fechar bem o tubo com a tampa.
- Os swabs devem ser mantidos sempre úmidos durante o transporte.
- O tubo com o meio e o swab deve ser mantido refrigerado num termo conservador de amostras a uma temperatura de 4 a 8°C.
- Trasladar as amostras ao laboratório que vai processar o mais rápido possível (preferivelmente nas próximas 24 horas, mas não mais de 48 horas).
- Seguir as recomendações do Comitê de Expertos das Nações Unidas para o Transporte de Artigos Perigosos.

Anexo IV

Recomendações para cuidados no domicílio dos pacientes suspeitos ou confirmados de influenza A/H1N1

1. Permanecer no domicílio enquanto durarem os sintomas da doença. Não ir à escola ou trabalho. O Ministério da Saúde recomenda dez dias após o início dos sintomas.
2. Limitar o contato com outras pessoas. Se este contato ocorrer, o paciente deve permanecer à distância mínima de um metro de outra pessoa. Quando o contato próximo for necessário, o paciente e o contato devem usar máscara cirúrgica. A seguir, deve fazer a higiene das mãos.
3. Seguir as medidas de higiene de tosse:



Ministry Department of Health
717 06 Dobbins Blvd
Montreal, QC H3A 2B4
514-976-5414 ext 1-07 219244
www.mdh.mcgill.ca



Associação
América
Infectologia
Colômbia

4. Sempre que possível, o paciente deve permanecer num quarto bem ventilado e com a porta fechada. Evitar permanecer nos ambientes comuns da casa.
5. O paciente deve lavar cuidadosamente as mãos quando tossir, espirrar ou fizer higiene nasal.
6. Deve ser estimulado a beber muito líquido.
7. Se possível, uma só pessoa deve atender o doente e lavar bem as mãos após cada cuidado.
8. Evitar visitas. Recomendar aos amigos e parentes estabelecer contatos apenas por telefone.
9. Evitar que gestantes, crianças menores de cinco anos, adultos ≥ 65 anos ou pessoas doentes tenham contato próximo com o paciente.
10. Lavar os pratos e utensílios utilizados para comer com água e detergente. Usar luvas de borracha (não estéril).

-
11. Lavar a roupa do paciente com água e detergente; evitar agitar a roupa. Usar luvas de borracha (não estéril).

Anexo V

Orientações para serviços de saúde quanto ao reprocessamento de artigos médico-hospitalares

(UTILIZADOS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1)

ELABORADO PELA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Estas recomendações poderão ser atualizadas sempre que necessário.
30/04/09 às 18:30hs

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e friccionar com álcool 70% antes e após qualquer contato com o paciente, superfícies e artigos utilizados na assistência,
- Os artigos utilizados nestes pacientes devem ser embalados, ainda no local de sua utilização, em sacos impermeáveis totalmente fechados e identificados,
- O transporte para o Centro de Material e Esterilização (CME) deverá ser feito através de recipientes rígidos e fechados ou carrinho fechado para transporte de material,
- O encaminhamento para o CME deverá ocorrer o mais rápido possível para evitar o ressecamento da matéria orgânica,
- No CME deverá ser iniciada a limpeza conforme rotina da instituição,
- Após a limpeza o artigo deverá ser desinfetado ou esterilizado conforme o seu grau de criticidade. Não é necessária a alteração das rotinas de desinfecção e esterilização já preconizadas pelas instituições.

CUIDADOS COM ESTETOSCÓPIOS E TERMÔMETROS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1:

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e friccionar com álcool 70% antes e após este procedimento,
- Deverão ser exclusivos para tais pacientes,
- Deverão ser desinfetados com álcool etílico a 70% através de fricção. Realizar fricção deixando secar naturalmente e repetir a operação por três vezes (aproximadamente 30 segundos de contato).

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) UTILIZADOS NO ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1:

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e friccionar com álcool 70% antes e após este procedimento,
- Os EPI's como máscaras cirúrgicas e PFF2 (N95), luvas de procedimentos, aventais e gorros descartáveis NÃO PODEM ser reprocessados para reutilização,
- Os óculos e protetores faciais deverão ser lavados com água e detergente neutro e então desinfetados através de imersão em hipoclorito a 1% por 30 minutos. Enxaguar em água corrente e secar com compressas limpas.

OBS: deverão ser utilizados produtos com registro no Ministério da Saúde e deverão ser seguidas as recomendações do fabricante.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES UTILIZADOS PARA O ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1:

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e friccionar com álcool 70% antes e após este procedimento,
- Os funcionários deverão utilizar, além dos EPI's inerentes à atividade, avental descartável, óculos, gorro e máscara PFF2 (N95),

- Não realizar varredura a seco, utilizar pano umedecido,
- Realizar a limpeza com água e sabão e desinfecção com hipoclorito a 1% por 10 minutos para piso, paredes.
- Realizar a desinfecção com álcool etílico a 70% através de fricção em maçanetas, torneiras, cabeceira da cama, móveis. Realizar fricção deixando secar naturalmente e repetir a operação por três vezes (aproximadamente 30 segundos de contato),
- O material utilizado para limpeza deverá ser higienizado no Depósito de Material de Limpeza (DML).

PROCESSAMENTO DE ROUPAS ORIUNDAS DO ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1:

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e friccionar com álcool 70%,
- Recolher a roupa suja em sacos plásticos utilizando os EPI's inerentes à atividade,
- A lavagem de roupas deverá seguir as normas usuais de reprocessamento.

MANEJO DE RESÍDUOS ORIUNDOS DO ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1:

Os resíduos sólidos oriundos do atendimento de casos suspeitos ou confirmados de influenza A/H1N1 devem ser enquadrados no subgrupo A1, segundo a RDC da Anvisa nº. 306, de 07 de dezembro de 2.004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Subgrupo A1: *“Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica, ... microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante...”* RDC nº. 306/04.

Resíduos gerados pelo paciente e provenientes do seu atendimento, perfurocortantes, resíduos alimentares, fezes e urina devem ser imediatamente descartados em seu local de geração e submetidos ao manejo descrito a seguir:

Acondicionamento: os resíduos deverão ser embalados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

Sacos: deverão ser vermelhos, identificados, respeitando os limites de peso de cada saco e descartados quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas. *É expressamente proibido sua abertura, seu esvaziamento, reaproveitamento ou compactação.* O funcionário deverá fechar o saco plástico sem inalar o conteúdo ou expor-se ao fluxo de ar interno. Este funcionário deverá fazer uso de gorro, óculos, máscara PFF2, luva e capote, seguindo as orientações do documento *“Informações para os profissionais de saúde sobre os cuidados com o paciente suspeito ou confirmado de influenza suína 29/04/2009”*.

Lixeiras: deverão estar devidamente identificadas possuindo tampa e acionamento sem contato manual.

Recipiente de Perfurocortante: deverão ser lacrados quando atingirem 2/3 de sua capacidade e acondicionados em saco vermelho.

Identificação: todos os sacos e recipientes devem ser identificados pelo símbolo de substância infectante.

Transporte interno: deverá ser recolhido e transportado separado dos demais resíduos do serviço de saúde em carrinho ou recipiente devidamente identificado, em horário de menor fluxo de pessoas, pacientes e distribuição de alimentos.

Armazenamento: não é permitida a permanência de sacos de resíduos fora do recipiente.

Tratamento: os resíduos devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10 e inativação de esporos do *B. stearothermophilus* ou de esporos do *B. subtilis* com redução igual ou maior que 4Log10. Deverá ser utilizado equipamento exclusivo para tal finalidade, não sendo permitida a utilização de equipamentos da CME.

Após Tratamento: os resíduos serão mantidos em saco vermelho e encaminhados para sistema de incineração.

Fezes e urina: podem ser desprezados na rede de esgoto, entretanto a tampa da bacia sanitária deve ser fechada antes da descarga para evitar aerossolização.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Preparação Brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza, Série B, Textos Básicos em Saúde, Ministério de Saúde do Brasil, Brasília, D.F., 2005. [acesso em 2009 Feb 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/influenza/docs/flu1.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII Ocorrências de casos humanos na América do Norte. Informe do dia 11.06.09, às 13:00 [Consultado em 11 de junho de 2009] Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_a_h1n1_11_06_2009.pdf
1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. INFLUENZA A(H1N1)PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS PARA CASOS E CONTACTOS DE INFLUENZA A/H1N1 VERSÃO IV. Atualização: 05.06.2009. [Consultado em 11 de junho de 2009] Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_protocolo_versao405062009.pdf
3. CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR. 2006; 55(No. RR-10).
4. CDC. [Homepage on the Internet]. Influenza Antiviral Medications: A Summary for Clinicians. [updated 2008, July 17; cited 2009 Mar 01] Available from:
<http://www.cdc.gov/flu/PROFESSIONALS/ANTIVIRALS/SUMMARY-CLINICIANS.HTM>.
5. CDC. [Homepage on the Internet]. Interim Guidance for Infection Control for Care of Patients with Confirmed or Suspected Swine Influenza A (H1N1) Virus Infection in a Healthcare Setting. [updated May 3, 2009 02:00 PM ET; cited May 3, 2009] Available from: http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm
6. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. Guía Operativa para la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG. Washington D.C. Versión borrador en español de 11 de abril de 2009.
7. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. “Preparación de los establecimientos de salud ante casos

inusitados o imprevistos o conglomerados de infección respiratoria aguda grave – IRAG”.
Versión 2/Mayo/08.

8. World Health Organization. Influenza A - update 47. [Updated June 11th 2009; cited June 11th 2009]. Available from http://www.who.int/csr/don/2009_06_11/en/index.html