

---

**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

# **Informações sobre a influenza - inclui influenza A(H1N1<sup>1</sup>)-**

**Atualização de 25/08/2009**  
**Houve alteração no fluxo de atendimento no município**  
**e a inclusão de uso de oseltamivir**  
**para menores de um ano.**

---

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

---

## **Foi acrescentado: serviço de referência; fluxo de atendimento; tratamento e ficha para encaminhamento de paciente.**

**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

**COMCIRA – Comissão Municipal de Controle de Infecção Relacionada à Assistência**

Carlos Alberto Tenório Cavalcanti

Célia Cristina Duarte Starling

Cibele Lúcia Amaral e Silva Crivellari Leite - Coordenação

Cristina Furquim Werneck Moreira

Elvira Pires Monteiro de Castro

Maria Aparecida de Carvalho Ribeiro

Maria Lúcia Silva Faleiro

Maria Teresa Cotta Neves

Shirley Paes Gomes

---

## **Conteúdo**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introdução .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2. O vírus da influenza.....</b>                                   | <b>7</b>  |
| <b>3. Influenza sazonal: aspectos clínicos .....</b>                  | <b>7</b>  |
| <b>4. Influenza A(H1N1): aspectos clínicos .....</b>                  | <b>10</b> |
| <b>5. Situação epidemiológica atual .....</b>                         | <b>11</b> |
| <b>6. Vigilância da influenza A(H1N1) .....</b>                       | <b>13</b> |
| <b>7. Atendimento na rede SUS de Belo Horizonte .....</b>             | <b>16</b> |
| <b>6. Mecanismos de transmissão da influenza .....</b>                | <b>19</b> |
| <b>7. Período de transmissão - influenza A(H1N1).....</b>             | <b>20</b> |
| <b>8. Medidas para evitar à transmissão no serviço de saúde .....</b> | <b>21</b> |
| <b>9. Paciente suspeito sem necessidade de internação .....</b>       | <b>22</b> |
| <b>10. Transporte de pacientes .....</b>                              | <b>23</b> |
| <b>11. Paciente suspeito com necessidade de internação .....</b>      | <b>24</b> |
| <b>12. Medidas preventivas no hospital .....</b>                      | <b>25</b> |
| <b>13. Lavagem das mãos - etapas .....</b>                            | <b>26</b> |
| <b>14. Paramentação dos profissionais .....</b>                       | <b>26</b> |
| <b>15. Cuidados com equipamentos médicos.....</b>                     | <b>30</b> |
| <b>Anexo I</b>  |           |
| <b>Colocação da máscara tipo respirador (N95 ou similar).....</b>     | <b>31</b> |
| <b>Anexo II</b>   |           |
| <b>Tratamento.....</b>  | <b>32</b> |
| <b>Anexo III</b>  |           |

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Coleta e transporte de amostras de secreções respiratórias ....</b>   | <b>35</b> |
| <b>Anexo IV</b>  |           |
| <b>Recomendações para cuidados no domicílio dos pacientes suspeitos ou confirmados de influenza A(H1N1).....</b>   | <b>38</b> |
| <b>Anexo V</b>   |           |
| <b>Medidas de prevenção e controle de infecções.....</b>   | <b>40</b> |
| 1. <b>Precauções padrão e por vias de transmissão .....</b>  | <b>40</b> |
| 2. <b>Diretrizes para o reprocessamento de artigos médico-hospitalares</b>   | <b>45</b> |
| 3. <b>Diretrizes para reprocessamento de estetoscópio, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, laringoscópio, esfigmomanômetro e termômetro digital/mercúrio</b> | <b>50</b> |
| 4. <b>Diretrizes para limpeza e desinfecção de EPI.....</b>  | <b>51</b> |
| 5. <b>Diretrizes para limpeza e desinfecção de ambientes .....</b>   | <b>52</b> |
| 6. <b>Diretrizes para processamento de roupas .....</b>  | <b>54</b> |
| 7. <b>Diretrizes para veículos de transporte .....</b>   | <b>57</b> |
| 8. <b>Diretrizes para manejo de resíduos .....</b>   | <b>57</b> |
| <b>Anexo VI</b>  |           |
| <b>Telefones dos Distritos Sanitários .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>Anexo VII</b>   |           |
| <b>Ficha para encaminhamento de paciente com influenza em BH... </b>   | <b>59</b> |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>  | <b>60</b> |

---

## 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 freqüentes 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**

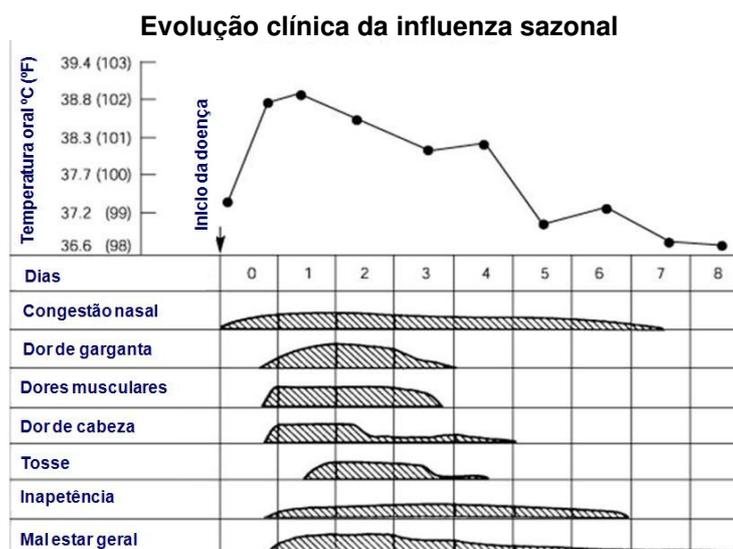
O vírus da influenza A se encontra em diversas espécies animais. Entretanto, seu principal reservatório são as aves aquáticas silvestres, que transmitem a infecção a outras aves, silvestres e domésticas, e a diversos mamíferos como os seres humanos, as baleias, os porcos, os cavalos, os felinos domésticos 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 grávidas, em especial no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, também são mais propensas a apresentar formas graves.

Uma complicação freqüente da influenza é a pneumonia bacteriana 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**

| <b>Síndromes</b>         | <b>Agentes etiológicos</b>  | <b>Características clínicas</b>   |
|--------------------------|---|---|
| Doença tipo Influenza    | Influenza, Adenovírus, Coronavirus, Parainfluenza, Rinovírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)        | Febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) dor de garganta, tosse. Pode ser acompanhada de cefaléia, congestão nasal, mal estar geral, mialgia.            |
| Rinite (resfriado comum) | Adenovírus, Coronavirus, 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 sido leve ou moderado, com evolução semelhante à 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. Nos Estados Unidos, 38% dos pacientes tratados ambulatorialmente apresentaram sintomas gastrointestinais como náusea, vômitos e/ou diarreia. Alguns pacientes tratados ambulatorialmente, assim como um em cada seis pacientes internados, não apresentaram febre. A principal complicação é a pneumonia viral, que pode evoluir para insuficiência respiratória.

Assim como a influenza sazonal, as complicações graves e as mortes ocorrem principalmente em crianças menores de cinco anos, em especial os menores de dois anos de idade, ou pessoas acima de 60 anos; portadores de imunodepressão (por exemplo, pacientes com câncer, portador de HIV/aids ou em uso regular de corticosteróides), de hemoglobinopatias, diabetes, cardiopatia, doença pulmonar ou renal crônica, entre outras. As mulheres grávidas, em especial no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, também são mais propensas a apresentar formas graves.

Diferentemente da influenza sazonal, o vírus da influenza A(H1N1) tem causado infecção grave em adolescentes e adultos jovens previamente saudáveis, cuja razão ainda não está esclarecida.

**Possíveis complicações:** Pneumonia viral, descompensação da doença de base; infecções bacterianas.

Aproximadamente 2-5% dos casos confirmados nos Estados Unidos e Canadá, 5,8% no Chile e 6% no México foram internados. Segundo a OMS, a letalidade em casos confirmados por laboratório mundialmente é de 0,45%.

De acordo ao informe do Ministério da Saúde do Chile de 17 de julho de 2009, o país já contava com 10.926 casos confirmados; 5,8% internaram e 40 faleceram (letalidade de 0,36%). No seu informe de 07/07, quando então o país computava 12 óbitos, a mediana entre o início de sintomas e internação hospitalar foi de três dias (intervalo de um a sete) e entre o início de sintomas e morte foi de seis dias, com intervalo de dois a 35, naquele país.

---

## 5. Situação epidemiológica atual

Como exposto, um novo vírus da influenza, considerado com potencial de produzir pandemia, foi identificado na América do Norte em abril de 2009, inicialmente no México e depois nos Estados Unidos e Canadá, se espalhando em seguida para vários países do mundo.

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.

A chegada do novo vírus coincidiu com o início do frio, quando é habitual o aumento de casos (influenza sazonal) para o hemisfério sul. Ou seja, em Belo Horizonte está ocorrendo casos de influenza sazonal, que merecem atenção e cuidados das equipes de saúde. Vale ressaltar que os sintomas da infecção são similares; portanto, do ponto de vista clínico, não é possível distinguir se a infecção é devido ao vírus sazonal ou pandêmico. É esperado que o vírus pandêmico cada vez mais prevaleça como agente causal de síndrome gripal.

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:

**No mundo:** Segundo a informação disponível na página da internet da OMS de 21/08/09, 177 países notificaram oficialmente mais de 182.000 casos confirmados por laboratório de influenza A(H1N1) e 1.799 mortes. Entretanto, este número é bem inferior ao que de fato deve ter ocorrido já que cada vez mais os países param de contra casos moderados e leves, centrando a vigilância em casos graves.

**No Brasil:** Até a semana epidemiológica 32, foram notificados 20.080 casos de IRAG; deles, foram confirmados 3.087 como sendo Influenza A(H1N1) e 625 influenza sazonal. Os casos confirmados de influenza A(H1N1) representam 83,0% do total de casos confirmados por influenza.

Até 18/08 os seguintes Estados tinham registros de óbitos: São Paulo 151; Paraná 81; Rio Grande do Sul 68; Rio de Janeiro 45, Santa Catarina 10, Minas Gerais 07, Pernambuco 02, Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Rondônia um óbito cada, totalizando 368 óbitos no país.

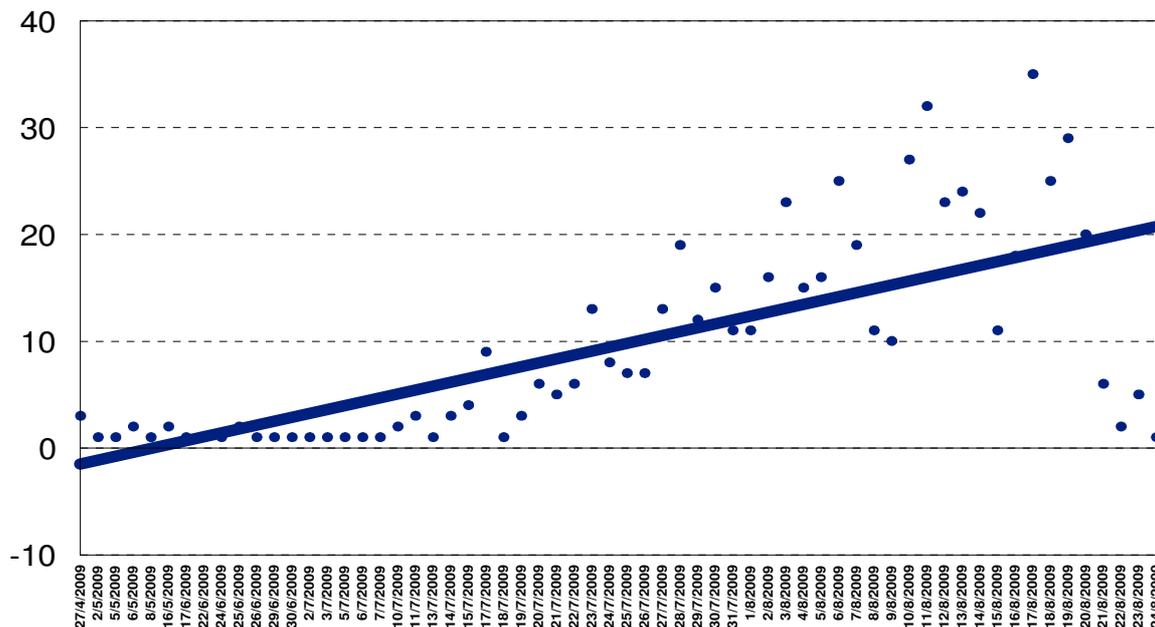
**Em Belo Horizonte:** Até 24 de agosto, foram confirmados por laboratório 131 casos em residentes com a seguinte distribuição por sexo e idade:

**Casos confirmados de influenza A(H1N1) segundo sexo e grupo de idade,  
Belo Horizonte, 2009 (dados até 24/08/09)**

| Grupo de idade em anos | Número (e %) de casos confirmados de influenza |                    |               |
|------------------------|--|--------------------|---------------|
|                        | Masculino                                      | Feminino           | Total         |
| < 10                   | 27 (39,7%)                                     | 13 (20,7%)         | 40 (30,5%)    |
| 10 a 19                | 14 (20,6%)                                     | 12 (19,4%)         | 26 (20,0%)    |
| 20 a 29                | 19 (27,9%)                                     | 22 (34,9%)         | 41 (31,3%)    |
| 30 a 39                | 04 (5,9%)                                      | 07 (11,1%)         | 11 (8,4%)     |
| 40 a 49                | 02 (2,9%)                                      | 06 (9,5%)          | 08 (6,1%)     |
| 50 a 59                | 01 (1,5%)                                      | 01 (1,6%)          | 02 (1,5%)     |
| 60 e mais              | 01 (1,5%)                                      | 02 (3,2%)          | 03 (2,2%)     |
| Total                  | 68 (100%)<br>(52%)                             | 63 (100%)<br>(48%) | 131<br>(100%) |

A partir do início de julho, houve um incremento nas internações hospitalares como se pode observar no gráfico a seguir.

**Internações hospitalares por influenza A(H1N1), Belo Horizonte, de abril a 25/08/09 (n=648)**

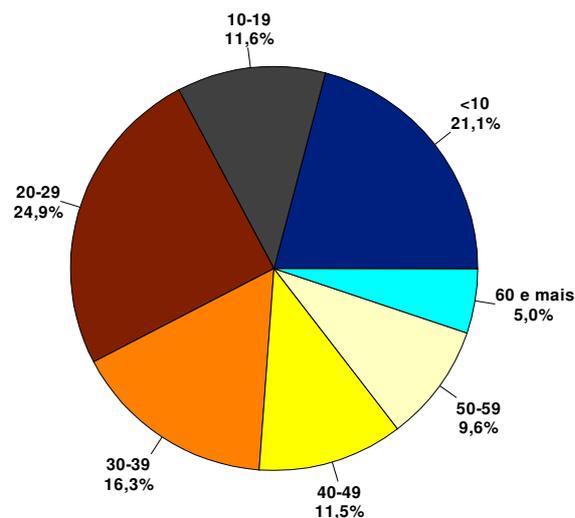


A primeira internação em CTI (caso foi confirmado) ocorreu em 29/06/09. Até 24 de agosto já foram internadas em CTI 91 pessoas suspeitas, sendo a seguinte a distribuição por grupo de idade: 8,9% menores de 10 anos; 6,7% de 10 a 19 anos; 22,2% de 20 a 29 anos; 14,4% de 30 a 39 anos; 17,8% de 40 a 49 anos; 23,3% de 50 a 59 anos e 6,7 de 60 e mais anos de idade.

A doença causada pelo novo vírus da influenza evolui de maneira similar à influenza sazonal, mas, de maneira diferente a esta última, o vírus da influenza A(H1N1) tem causado IRAG em adolescentes e adultos jovens previamente saudáveis.

Em Belo Horizonte, entre os casos suspeitos internados desde o início da pandemia, cerca de um quarto (24,9%) têm de 20 a 29 anos de idade, conforme apresentado no próximo gráfico.

### **Internações de casos suspeitos de influenza A(H1N1) segundo grupo de idade, Belo Horizonte**



Até o presente, Belo Horizonte apresenta dois óbitos de residentes causado pela influenza A(H1N1). Uma adolescente de 17 anos adoeceu e faleceu em Pernambuco no final de julho. Uma puérpera de 26 anos, internada desde 28/07/09, faleceu dia 23 de agosto de 2009 na capital.

## **6. Vigilância da influenza A(H1N1)**

Seguindo a orientação do Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica de influenza em Belo Horizonte está centrada em vigilância de Infecção Respiratória Aguda Grave (IRAG), de surtos de síndrome gripal e vigilância sentinela de influenza.

### **Definição de caso suspeito de IRAG:**

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

### **Caso confirmado de IRAG**

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

### **Caso descartado de IRAG**

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

### **Contato próximo de caso suspeito ou confirmado de IRAG**

Para a caracterização de contato, inicialmente toma-se por referência em que momento ocorreu a exposição à fonte de infecção - ou seja, ao caso suspeito ou confirmado. Verificar se houve exposição durante o período de transmissão da doença. Considera-se como contato próximo a pessoa que cuida, convive ou que teve contato direto ou indireto com secreções respiratórias de um caso suspeito ou confirmado.

### **Período de transmissão da influenza**

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

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

### **Busca ativa de contatos próximos de caso suspeito ou confirmado de IRAG**

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

### **Definição de caso de síndrome gripal (SG)**

Para efeito da vigilância da influenza, a SG é definida como **“indivíduo com doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos”**, e abrange as seguintes infecções respiratórias agudas com seus respectivos CID-10 a seguir.

### **Tabela de infecções respiratórias agudas e Classificação Internacional de Doenças (CID) VERSÃO 10:**

**J00** Nasofaringite aguda (resfriado comum)

**J02.9** Faringite aguda não especificada

**J03.9** Amigdalite aguda não especificada

**J04.0** Laringite aguda

**J04.1** Traqueíte aguda

**J04.2** Laringotraqueíte aguda

**J06** Infecção aguda das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas

### **Definição de surto de síndrome gripal**

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

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

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

### **Critério de confirmação para surto de SG**

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

### **Critério de descarte de surto de SG**

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

**Em resumo, são os seguintes os procedimentos da vigilância de influenza em Belo Horizonte:**

- a. Notificar e investigar todo caso de IRAG (deverá ser coletada amostra de secreção respiratória);**
- b. Notificar e investigar surto de SG (alguns terão amostras coletadas);**

- c. **Notificar todo caso suspeito de influenza A(H1N1) em pessoas com fator de risco de complicação (deverão ser encaminhados aos laboratórios de referência), segundo a lista seguinte:**

**Será coletada amostra de secreção respiratória de:**

- **Todo caso de IRAG (no hospital);**
- **Alguns casos de um surto (pela vigilância);**
- **Alguns casos selecionados, nos serviços de referência.**

## 7. Atendimento na rede SUS de Belo Horizonte

- Diabetes mellitus
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Hemoglobinopatia
- Nefropatia crônica
- Pneumopatia
- Doença imunossupressora (ex: câncer, transplantados, aids)
- Uso de medicamentos imunossupressores
- Gravidez
- Idade < 2 anos ou > 60 anos
- Obesidade grau III
- Outros, segundo avaliação médica.

- Toda pessoa que apresente sintomas de influenza (síndrome gripal) deve procurar a unidade básica de saúde (UBS) mais próxima.
- Deverá ser atendida, avaliada clinicamente, tratada como indicado.
- Se não apresentar fator de risco e estiver estável clinicamente, deve ser orientada quanto aos cuidados no domicílio e para retornar ao mesmo serviço ou a um serviço de pronto atendimento (à noite e finais de semana), em caso de piora clínica.
- A gestante com síndrome gripal que procurar a UBS deverá ser encaminhada para a sua maternidade de vínculo, exceto aquela vinculada à maternidade Sofia Feldman que deve ser encaminhada ao ambulatório de referência do HOB.
- Os maiores de 60 anos e as crianças menores de dois anos de idade com síndrome gripal, mas estáveis, sem co-morbidades, após seu atendimento na UBS irão retirar o medicamento na farmácia da SES, localizada à Rua dos Otoni, 673, com o formulário de liberação de oseltamivir (disponível no site <http://gripesuina.saude.mg.gov.br>). Deverão ser acompanhados pelo médico na UBS.

- O paciente com infecção respiratória aguda grave conforme definido deverá ser encaminhado à UPA onde será re-avaliado, tratado e encaminhado a um hospital, se indicado.
- As UPAS iniciarão as medidas suportivas e o oseltamivir para os pacientes graves e com indicação de internação.
- O paciente atendido nas UPAS com fator de risco, mas estável clinicamente, deverá ser encaminhado ao ambulatório de referência de posse da ficha de triagem para atendimento de Influenza. Não deve ambulatório levar receita, pois a indicação da medicação ficará a cargo do médico do ambulatório de referência, como se segue:

Atendimento nos ambulatórios de referência:

Adultos e crianças, atendimento de 7:00 às 19 horas

1. Ambulatório do Hospital das Clínicas (HC) - Alameda Álvaro Celso nº 265  
(entre os ambulatórios São Vicente e Orestes Diniz =CTR) - Bairro Santa Efigênia -  
Telefone: 3409-9555 –
2. Ambulatório de influenza do Hospital Odilon Behrens (HOB)  
Rua Formiga nº 50 – Bairro São Cristóvão - Telefone: 3277-6175/ 3277/6185

Exclusivamente para adultos, atendimento 24 horas

3. Ambulatório de influenza da regional Oeste  
Avenida Barão Homem de Melo nº 1.710 - Bairro Jardim América – (na UPA Oeste)  
Telefones: 3277-6855 e 3277-6856 –

Exclusivamente para adultos, atendimento de 7:00 às 19 horas

4. Ambulatório de influenza do hospital Eduardo de Menezes (HEM) -  
Avenida Dr. Cristiano Rezende nº 2213 – Bairro Bom Sucesso - Telefone: 3328-5001 -

Distribuição das UBS por ambulatório de referência:

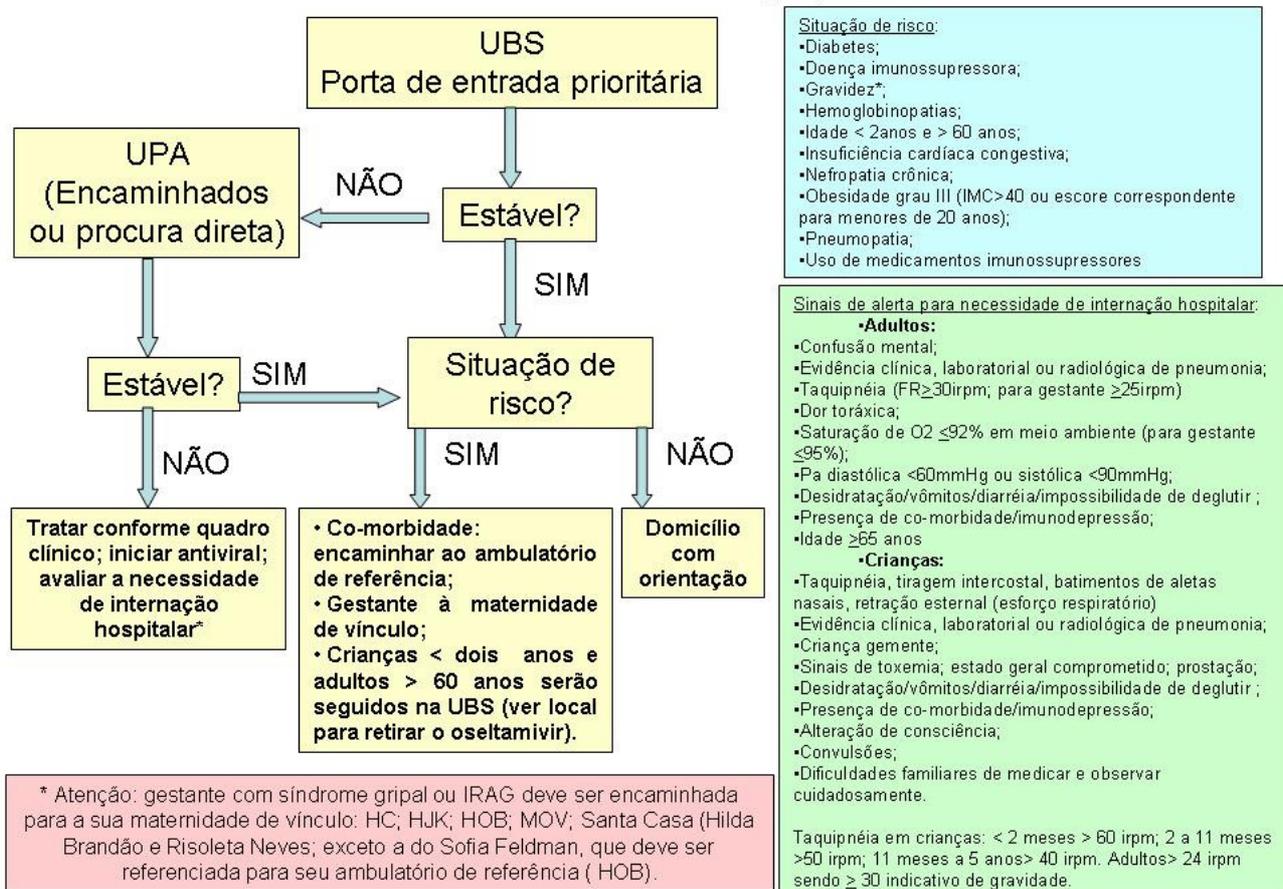
- As UBS dos Distritos Centro-Sul, Leste e Nordeste deverão encaminhar adultos e crianças para o ambulatório do Hospital das Clínicas;
- As UBS dos Distritos Norte, Venda-Nova, Pampulha e as UBS Bom Jesus, Ermelinda, Pedreira Prado Lopes, Santos Anjos e São Cristóvão do Distrito Noroeste para o Hospital Odilon Behrens (HOB);

- As demais unidades do Distrito Noroeste (CERSAM, CERSAMI e Centro de Convivência, URS Padre Eustáquio, Centros de Saúde Carlos Prates, Califórnia, Dom Bosco, Dom Cabral, Glória, Jardim Alvorada, Jardim Filadélfia, Jardim Montanhês, João Pinheiro, João XXIII, Padre Eustáquio, Pindorama, Santa Maria, São José e Serrano) e as unidades do Distrito Oeste deverão referenciar os adultos para o ambulatório do Distrito Oeste e as crianças para o HOB.
- As Unidades do Distrito Barreiro deverão referenciar os adultos para o Hospital Eduardo de Menezes e as crianças para o HOB.

**ATENÇÃO: O SAMU OU TRANSPORTE SANITÁRIO SÓ TRANSPORTA PACIENTE COM CRITÉRIO DE INTERNAÇÃO E NÃO PARA AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA OU DOMICÍLIO.**

Todo paciente deve também ser orientado quanto aos cuidados para prevenir a transmissão para seus contatos.

## Atendimento a síndrome gripal em BH



**Site para encontrar os valores de IMC correspondentes à obesidade grau III em menores de 20 anos (gráficos em escore z; procurar IMC por idade e sexo; considerar o valor + 3):**  
[http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas\\_cresc\\_oms](http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms)

## 6. Mecanismos de transmissão da influenza

O vírus da influenza se transmite eficazmente através de:

### Contato direto de pessoa a pessoa (proximidade 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 através do ar (aproximadamente um metro).

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

**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, pode ocorrer transmissão por aerossóis (núcleo de gotículas de menos de 5 µm que alcançam distâncias superiores a um metro), em situações de estímulo, tais como os procedimentos geradores de aerossóis. 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.

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 adequadamente.**

## **7. Período de transmissão – influenza A(H1N1)**

Geralmente, o período de transmissão começa um dia antes até em geral 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 sete dias após o início dos sintomas.

As crianças menores de 12 anos de idade infectadas podem eliminar o vírus da influenza A(H1N1) 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 à transmissão no serviço de saúde

**Todo paciente suspeito de influenza 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 cotovelo); evitar tocar olhos, nariz ou boca. Lavar as mãos freqüentemente 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, se sua situação clínica permitir.**

---

**Medidas administrativas:**

A unidade de saúde deve elaborar um plano de contingência local que inclua necessariamente os seguintes pontos:

- Definição do acesso e do processo de triagem/identificação rápida de suspeitos.
- Selecionar um consultório arejado, de fácil acesso, com lavabo e se possível com sanitário anexo para encaminhar os pacientes suspeitos.
- Definição dos profissionais de saúde que irão prestar atendimento: evitar profissionais que possuam fatores de risco (ex: idade acima de 60 anos, gestantes, imunossuprimidos, presença de co-morbidades como insuficiência cardíaca, asma, DPOC). Restringir ao máximo os profissionais expostos a esses pacientes; definir os procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies potencialmente contaminadas e o processamento do material contaminado.
- As equipes de saúde bucal devem estar atentas para não realizar atendimentos odontológicos de rotina em pacientes com quadro clínico de influenza. A consulta deverá ser remarcada. Para situações de urgência, nos pacientes sintomáticos, observar as Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecções deste documento (anexo V). Neste caso, não poderá haver atendimento simultâneo de outros usuários no mesmo ambiente clínico.

## 9. Paciente suspeito sem necessidade de internação

- O paciente que se enquadre como suspeito de influenza deve colocar uma máscara cirúrgica, se sua situação clínica permitir.
- O profissional de saúde que vai prestar atendimento direto ao paciente deve se paramentar adequadamente, As medidas de precaução padrão e por gotículas são recomendadas na assistência a pacientes acometidos pelo vírus da influenza, que são sabidamente transmitidos através de gotículas respiratórias, principalmente, mas também por contato e excepcionalmente nas situações geradoras de aerossol. Ou seja:
  - Uso de máscara cirúrgica, se for se aproximar a menos de um metro do paciente;
  - Uso de máscara tipo respirador (máscara N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) nos procedimentos geradores de aerossol;
  - Uso de luvas de procedimento, quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados;

- Gorro descartável deve ser utilizado pelo profissional de saúde apenas em situações de risco de geração de aerossol em pacientes com infecção por influenza;
- Capote/avental deve ser usado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional.
- Limitar a quantidade de profissionais de saúde, familiares e de visitas expostas ao paciente.
- Evitar que gestantes, pessoas com doenças crônicas (por exemplo: doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, insuficiência cardíaca, imunodeficiências congênicas ou adquiridas, diabetes), crianças menores de cinco anos, especialmente menores de dois anos, e adultos  $\geq 60$  anos tenham contato próximo com o paciente.
- A coleta de secreção respiratória, quando indicada, 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.
- Orientar para manter as medidas de precaução e isolamento respiratório (quarentena domiciliar voluntária). Até o momento, o tempo recomendado pelo Ministério da Saúde para manter estas medidas é de sete dias, exceto menores de 12 anos cujo período recomendado é 14 dias. Entretanto, se persistirem os sintomas, este tempo deve ser estendido por mais 24 horas após o término dos mesmos.
- As recomendações para os cuidados no domicílio estão no Anexo IV.

## 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 as cabines do motorista e do paciente estão 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 à limpeza e desinfecção. Verificar maiores detalhes no Anexo V.

## 11. Paciente suspeito com necessidade de internação

- Todo paciente suspeito de infecção respiratória aguda grave (IRAG) deve ser internado; se existir suspeição de infecção pelo vírus da influenza A(H1N1) deve ser internado em um dos hospitais 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:
- As recomendações para os cuidados no domicílio estão no Anexo IV.

| <b>Idade</b>          | <b>Taquipnéia</b>        |
|-----------------------|--------------------------|
| Antes de dois meses   | > 60 respirações/minuto  |
| De dois a 11 meses    | > 50 respirações /minuto |
| 12 meses a cinco anos | > 40 respirações /minuto |
| Adultos*              | > 24 respirações /minuto |

\* 16 a 20 movimentos respiratórios por minuto são considerados normais num indivíduo adulto. A frequência respiratória  $\geq 30$  em adultos é um parâmetro utilizado para avaliar a gravidade

**A avaliação da necessidade de internação deve ser baseada em critérios clínicos de gravidade como desconforto respiratório, vômitos repetidos, dor abdominal intensa, não conseguir alimentar, sintomas e/ou sinais de desidratação, comprometimentos de sistema circulatório ou neurológico (convulsões, confusão mental, prostração), ou qualquer sinal ou sintoma de instabilidade clínica.**

- **Atenção especial deve ser dada aos pacientes com fator de risco de complicação da infecção pelo vírus da influenza:** crianças menores de cinco anos, em especial se menor de dois anos de idade; pessoas acima de 60 anos; grávidas; pessoas com imunodepressão (por exemplo, pacientes com câncer, portador de HIV/aids ou em uso regular de corticosteróides), portadores de hemoglobinopatias, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar ou renal crônica, entre outras.
- **Possíveis complicações:** Pneumonia viral, descompensação da doença de base; infecção bacteriana secundária.

- O profissional de saúde que vai prestar atendimento direto ao paciente com IRAG deve se paramentar adequadamente (luva, gorro, avental ou capote, máscara tipo cirúrgica ou respirador 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 do paciente. Se a saída do paciente de seu quarto se fizer necessária, utilizar máscara cirúrgica também no paciente, se possível.
- 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, para todo caso de IRAG. 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 recomendado pelo Ministério da Saúde para manter as medidas de precaução e isolamento respiratório é de sete dias, exceto menores de 12 anos cujo período recomendado é 14 dias. Entretanto, se persistirem os sintomas, este tempo deve ser estendido por mais 24 horas após o término dos mesmos.

## 12. Medidas preventivas no hospital

- Instituir restrição de visitas, principalmente no período de transmissibilidade da doença (citado acima);
- Reduzir o número de profissionais para atender o paciente;
- Não escalar pessoa com risco de complicação pela influenza para cuidar do paciente;
- Colocar máscara cirúrgica no paciente, quando o mesmo sair do seu quarto e sua situação clínica permitir;
- Instituir medidas de biossegurança para profissionais de saúde:
  - Usar a paramentação adequada.
  - 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 40 a 60 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. Paramentação dos profissionais



#### Quem deve utilizar:

- 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 paramentação deve ser utilizada?

| Paramentação   | Quem deve usar?   |
|--|---|
| <b>Máscara tipo respirador (máscaras N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3)</b> | Todos que estão dentro da sala durante procedimentos geradores de aerossol.   |
| <b>Máscara cirúrgica</b>   | Todas as pessoas envolvidas na atenção que se aproximam do paciente a distância < um metro. O paciente, sempre que estiver fora do isolamento, quando a sua situação clínica permitir.  |
| <b>Luvas</b>   | Todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente, quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados.                |
| <b>Capote</b>  | Todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente, durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções ou produção de aerossol, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. |
| <b>Óculos</b>  | Profissional que vai realizar um procedimento próximo do paciente com risco de respingar secreção e todos que estão dentro da sala durante procedimentos geradores de aerossol  |
| <b>Gorro</b>   | Todos que estão dentro da sala durante procedimentos geradores de aerossol  |

\* 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 MANEJO CLÍNICO DE VIGILÂNCIA DA INFLUENZA – VERSÃO I – Brasília, 08 de julho de 2009.

---

**Seqüência para colocar a paramentação:**

- Capote
- Máscara
- Óculos
- Gorro
- Luvas

**Recomendações para o uso:**

- a. Capote/avental deve ser usado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções e geradores de aerossol, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. O capote ou avental sujo deve ser removido após a realização do procedimento. Após a remoção do capote deve-se proceder a higienização das mãos para evitar transferência do vírus para o profissional, pacientes e ambientes.
- b. Máscaras: O profissional que vai prestar atenção direta a um paciente suspeito ou confirmado de influenza deve usar a máscara cirúrgica quando for estar próximo do paciente (distâncias inferiores a um metro). Nas situações geradoras de aerossol o profissional de saúde e equipe de suporte devem utilizar além de óculos próprios para a proteção dos olhos, o capote ou avental, o gorro e a máscara de proteção respiratória, tipo respirador. Exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossol: nebulizações, entubação, 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.**

- c. Óculos de proteção (ou protetor de face) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções. Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/detergente e desinfecção. Sugere-se para a desinfecção hipoclorito de sódio a 1% ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.

- d. Gorro deve ser utilizado pelo profissional de saúde apenas em situações de risco de geração de aerossol.
- e. Luvas devem ser utilizadas na assistência ao paciente nas situações de risco de 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, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, após contato com material que possa conter grande concentração de microorganismos ou quando esta estiver danificada.
  - Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
  - Retirar as luvas imediatamente após o seu uso, antes de tocar em artigos e superfícies não contaminados e antes de se encaminhar para assistência a outro paciente.
  - Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas. As luvas não devem ser reutilizadas nem 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.
  - Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos:
    1. Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
    2. Segure a luva removida com a outra mão enluvada.
    3. Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva.

**A paramentação deve ser retirada antes de sair do quarto do paciente/consultório/sala de exames; se existir ante-sala, este é o local adequado.**

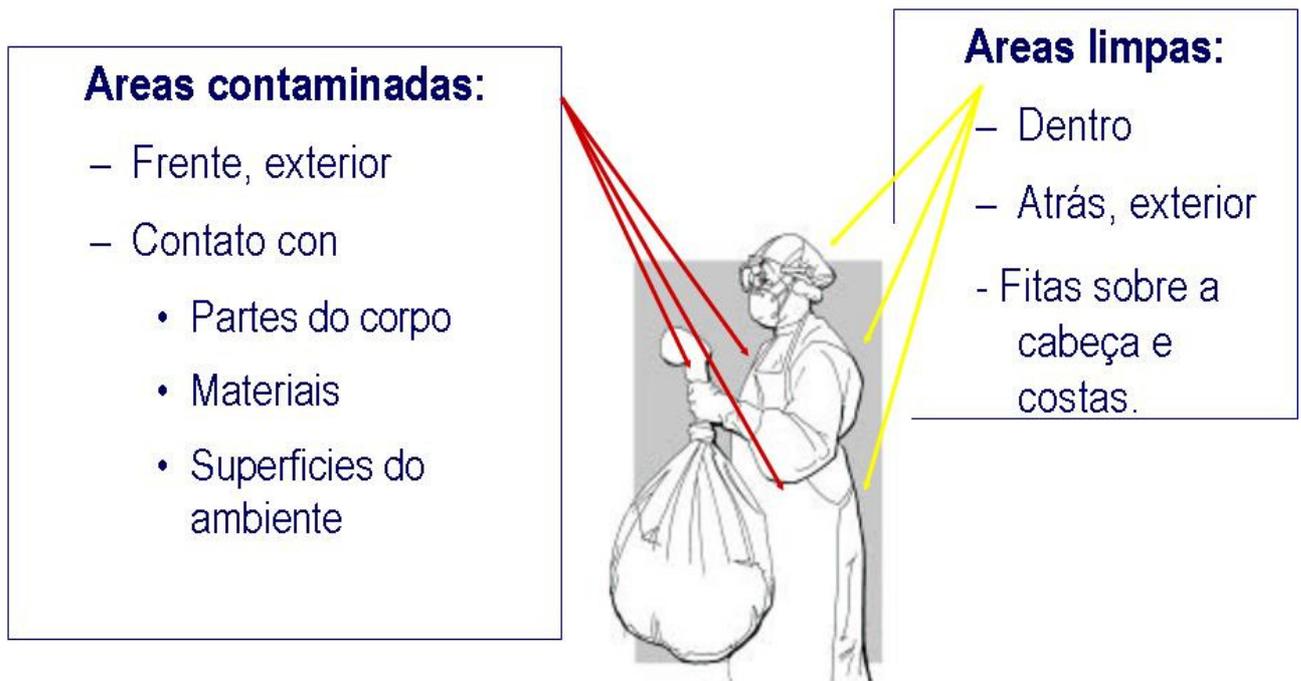
**A máscara que deve ser retirada assim que sair do quarto.**

**Seqüência para retirar a paramentação:**

- c. Luvas
- d. Lavar as mãos
- e. Capote
- f. Óculos e gorro

- g. Máscara
- h. Lavar as mãos

## Antes de retirar o EPI lembre-se!!!



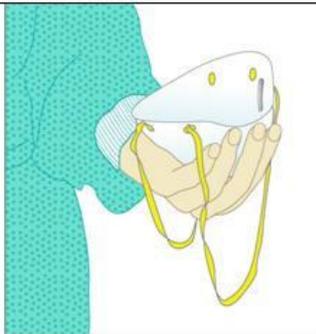
## 15. Cuidados com equipamentos médicos

- Equipamentos médicos como estetoscópios, esfigmomanômetros e termômetros devem ser limpos e desinfetados após o uso (ver Anexo V item 03).

## Anexo I

### Colocação da máscara tipo respirador (N95 ou similar)

**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 DEVE SER RACIONAL, APENAS NAS SITUAÇÕES INDICADAS. DEVE SER DESPREZADA APÓS CADA USO.**

## Anexo II Tratamento

A partir de 27 de junho de 2009, segundo recomendação do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o tratamento específico para influenza está indicado para os pacientes que apresentem formas graves da doença ou que tenham fatores de risco conhecidos para complicações pela influenza, segundo avaliação médica. Segundo o MS, estas recomendações estão condizentes com a apresentação clínica da maioria dos casos e visam também prevenir o surgimento de resistência ao antiviral e a ocorrência de efeitos colaterais, que tenderiam a ocorrer com maior frequência, diante do aumento no número de casos suspeitos ou confirmados.

### **Quimioprofilaxia**

A dose recomendada é a metade da dose diária durante 10 dias. No momento atual, o uso do Oseltamivir para quimioprofilaxia está indicado APENAS nas seguintes situações:

- Os profissionais de laboratório que tenham manipulado amostras clínicas que contenham a nova Influenza A(H1N1) sem o uso de EPI (Equipamento de proteção individual) ou que utilizaram de maneira inadequada;
- trabalhador de saúde que esteve envolvido na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção pela nova Influenza A(H1N1) sem ou uso de EPI ou que utilizou de maneira inadequada;
- Outras situações devem ser analisadas individualmente pela equipe médica em conjunto com a vigilância em saúde.

### **ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DE OSELTAMIVIR NA INFLUENZA:**

#### **Informações gerais:**

O oseltamivir deve ser iniciado nas primeiras 48 horas do início dos sintomas.

Para as **gestantes** ele é considerado como categoria C. A gestação não deve ser considerada uma contra-indicação ao uso de oseltamivir.

**Amamentação:** o uso de oseltamivir pela mãe não contraindica o aleitamento.

A dose recomendada é de 75 mg duas vezes ao dia, durante cinco dias, para pessoas com peso acima de 40 Kg.

A ANVISA liberou o uso de oseltamivir no Brasil **para menores de um ano com síndrome gripal**, a partir de 11 de agosto de 2009.

As doses recomendadas para tratamento antiviral com oseltamivir em crianças variam de acordo ao apresentado no quadro abaixo:

| IDADE                      | < 1 ano<br>(dose por idade)         | ≥1ano<br>(dose por peso)             |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Dose de oseltamivir</b> | <3 meses: 12 mg duas vezes ao dia   | <15 Kg: 30 mg, duas vezes ao dia     |
|                            | 3-5 meses: 20 mg duas vezes ao dia  | 15 a 23 kg: 45 mg, duas vezes ao dia |
|                            | 6-11 meses: 25 mg duas vezes ao dia | 23 a 40 Kg: 60 mg, duas vezes ao dia |
|                            |                                     | >40 Kg: 75 mg, duas vezes ao dia     |

Após reconstituição, o frasco de suspensão oral de oseltamivir tem duas diferentes apresentações dependendo do fabricante:

- Tamiflu (Roche) 60 ml e cada ml contém 12 mg de oseltamivir;
- Oseltamivir (FUNED) 50 ml e cada ml contém 15 mg de oseltamivir.

**O médico deve observar o que a bula e embalagem do medicamento informam quanto à concentração por ml e a quantidade do produto após reconstituição.**

A ANVISA recomenda monitorar cuidadosamente todos os pacientes menores de um ano de idade quanto a possíveis eventos adversos ao medicamento oseltamivir, tendo em vista não existirem estudos avaliando o seu uso neste grupo etário. Deve ser feita uma avaliação clínica nas primeiras 48 horas e 30 dias após o uso da primeira dose do oseltamivir.

**Para prescrição de oseltamivir é preciso preencher o formulário para liberação do Oseltamivir disponível em:**

[http://www.saude.mg.gov.br/arquivos/FORMULARIO\\_PARA\\_LIBERACaO\\_DO\\_OSELTAMIVIR.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/arquivos/FORMULARIO_PARA_LIBERACaO_DO_OSELTAMIVIR.pdf).

**As suspeitas de reações adversas ocorridas no pós-uso do oseltamivir devem ser notificadas por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária ([Notivisa](#)) pelos profissionais da saúde.**

[http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/antivirais\\_H1N1.htm](http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/antivirais_H1N1.htm)

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

- Pacientes que apresentam obesidade III (IMC>40): ajustar de acordo com o peso.
- Em pacientes sondados, atenção para a necessidade de dobrar a dose indicada
- Para os portadores de insuficiência renal:
  - Clearance de creatinina>30ml/min: dose habitual
  - Clearance entre 10-30ml/min: reduzir de 2 para 1 o número de tomadas ao dia, por 5 dias

---

**INDICAÇÕES DE TRATAMENTO:**

- Infecção Respiratória Aguda: febre + tosse e/ou dor de garganta acompanhados ou não de outros sinais e sintomas gripais ou gastrointestinais e com sinal de agravamento:
  - Dispnéia: desconforto respiratório, dor torácica ou taquipnéia\*
  - Alterações neurológicas, convulsões
  - Desidratação, vômitos freqüentes, incapacidade de deglutir
  - Hipotensão Arterial Sistêmica, choque
  - Saturação de O<sub>2</sub>  $\leq$ 92% para adultos em meio ambiente em oxímetro digital de pulso (quando disponível); para gestante  $\leq$  95%
  - Sinais de toxemia: prostração, estado geral comprometido
- Síndrome Gripal (febre acompanhada de tosse e/ou dor de garganta, descartados outros diagnósticos) com fator de risco:
  - Diabetes mellitus
  - Doenças Imunossupressoras (por exemplo: câncer, transplantados, Aids)
  - Gravidez
  - Hemoglobinopatias
  - Idade < que 02 anos e  $\geq$  60 anos
  - Insuficiência Cardíaca Congestiva
  - Nefropatia crônica
  - Obesidade III (IMC >40)
  - Pneumopatias
  - Uso de drogas imunossupressoras

---

## Anexo III

### Coleta e transporte de amostras de secreções respiratórias

As amostras de secreções respiratórias devem ser coletadas **preferencialmente até o terceiro dia (72 horas)** após o início dos sintomas. Eventualmente, este período poderá ser ampliado até, no máximo, sete dias após o início dos sintomas.

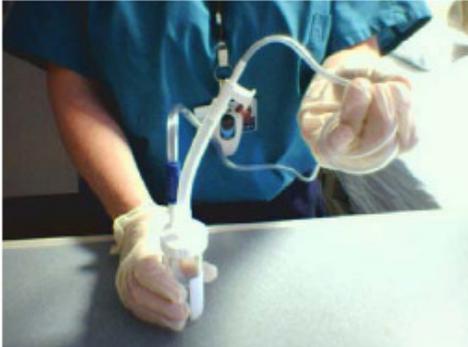
Todos os profissionais de saúde envolvidos na coleta e manipulação de secreções respiratórias para o diagnóstico laboratorial do vírus da influenza A(H1N1) devem usar EPI: máscara tipo respirador, gorro, óculos de proteção e capote com mangas compridas.

#### **Tipo de amostras**

- Como primeira escolha, coletar aspirado nasofaríngeo.
- Se não for possível o aspirado, coletar swabs nasais e faríngeos

#### **Técnicas para a obtenção de amostras**

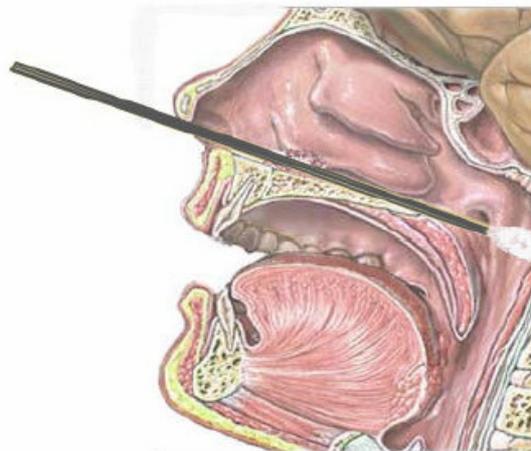
- **Aspirado nasofaríngeo**
  - Revisar a data de validade do meio de transporte, tubo de aspiração e bomba de vácuo.
  - Abrir o envelope que contém o Kit de aspiração e conectar o final do tubo com diâmetro menor a uma sonda estéril.
  - Medir com a sonda a distância do nariz até a base do ouvido; 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 rayon ou de fibra de poliéster (não deverá ser utilizado *swab* de algodão, pois o mesmo interfere nas metodologias moleculares utilizadas);
  - 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.

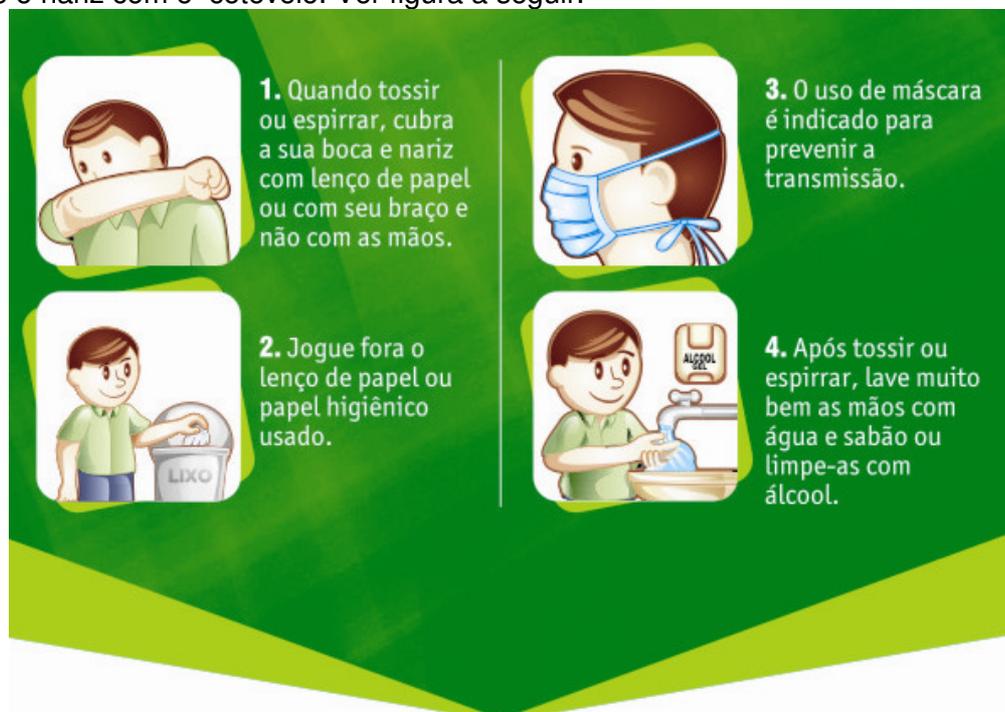
### **Conservação e transporte de amostras**

- 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 caixas (térmicas) de paredes rígidas, a uma temperatura de 4 a 8°C.
- Preencher a ficha epidemiológica disponível no site do Ministério da Saúde no endereço [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), link de Influenza A(H1N1).
- As amostras devem ser entregues imediatamente na FUNED.

## 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 sete dias após o início dos sintomas para >12 anos. Para crianças com  $\leq$  12 anos, a recomendação é de 14 dias.
2. Se o paciente precisar sair de casa (por exemplo, para receber cuidados médicos), ele deve usar máscara cirúrgica e cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar.
3. Sempre que possível, o paciente deve permanecer num quarto bem ventilado e com a porta fechada. Evitar permanecer nos ambientes comuns da casa.
4. Evitar visitas. Recomendar aos amigos e parentes estabelecer contatos apenas por telefone.
5. Evitar que gestantes, crianças menores de cinco anos, adultos maiores que 65 anos ou pessoas doentes tenham contato próximo com o paciente.
6. 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. Se possível, apenas um adulto em casa deve cuidar da pessoa doente. Lavar bem as mãos com água e sabão após cada cuidado.
7. A máscara deve ser trocada quando estiver úmida. Toda vez que tocar na máscara lavar as mãos com água e sabão. As máscaras utilizadas devem ser desprezadas numa lixeira exclusiva, com tampa e forrada com saco plástico. Retirar o lixo diariamente fechando o saco. Aguardar 12 horas. Após este prazo encaminhar o saco fechado para coleta junto com os demais resíduos do domicílio. Lavar bem as mãos após estas tarefas.
8. Ao espirrar, tossir ou fazer a higiene nasal, usar lenço de papel ou papel higiênico ou proteger a boca e o nariz com o cotovelo. Ver figura a seguir.



- 
9. Os lenços de papel e o papel higiênico devem ser desprezados no vaso sanitário e a tampa do vaso deve ser fechada antes da descarga para evitar aerossolização. Lavar bem as mãos ou aplicar um produto a base de álcool.
  10. O banheiro deve ser limpo diariamente com desinfetante doméstico, seguindo as recomendações do fabricante.
  11. Deve ser estimulado a beber muito líquido e ficar de repouso.
  12. Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
  13. Lavar os pratos, talheres e copos utilizados pelo doente com água e detergente.
  14. Lavar a roupa do paciente com água e sabão. Evitar agitar e abraçar a roupa ao manuseá-la.
  15. Manter as superfícies (especialmente criados, maçanetas, torneiras e outras superfícies do banheiro, brinquedos) limpas utilizando desinfetantes domésticos, de acordo com instruções contidas no rótulo do produto.
  - 16. Procurar assistência médica imediatamente se a pessoa doente em casa:**
    - Tiver dificuldade em respirar ou queixar dor no peito,
    - Ficar com os lábios descoloridos ou roxos,
    - Apresentar vômitos persistentes ou dor abdominal intensa,
    - Apresentar sinais de desidratação, tais como tonturas quando de pé, ausência de urina, ou em crianças, a falta de lágrimas quando chorar,
    - Apresentar convulsões,
    - Ficar prostrada ou se tornar confusa;
    - Qualquer outra alteração relevante.

---

## Anexo V

### Medidas de prevenção e controle de infecções

As medidas de controle de infecção devem ser implementadas, para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão do vírus da influenza para profissionais, pacientes e acompanhantes. Estas medidas incluem a adoção de **Precauções Padrão** e **Precauções por Via de Transmissão**, o reprocessamento de artigos médico-hospitalares, a limpeza e desinfecção de superfícies, o processamento de roupas e o manejo de resíduos.

As medidas de precaução padrão e por gotículas são recomendadas na assistência a pacientes acometidos pelo vírus da influenza sazonal, que são sabidamente transmitidos através de gotículas respiratórias, principalmente, **mas também por contato**. Medidas adicionais de precauções para aerossóis devem ser adotadas por todos os profissionais ligados à assistência a pacientes nos procedimentos geradores de aerossol.

#### 1. Precauções padrão e por vias de transmissão

##### a. Precauções Padrão

Representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a qualquer paciente e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, independente da presença ou ausência de doença transmissível comprovada.

##### 1. Higienização das mãos:

- Antes e após o contato com o paciente,
- Entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente,
- Após a retirada das luvas.

2. Uso de luvas de procedimentos, caso haja contato com sangue ou líquidos potencialmente infectantes.

3. Uso de avental, caso haja possibilidade de contato da pele ou roupas do profissional com sangue ou líquidos potencialmente infectantes.

4. Uso de máscara e óculos/protetor facial, caso haja possibilidade de respingos de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde.

##### 5. Prevenção de acidentes com material perfuro-cortante:

- Educar quanto ao uso e descarte desses materiais;
- Não reencapar;
- Dispor as caixas de descarte em locais visíveis e de fácil acesso;

- 
- Transportar com cuidado, evitando acidentes.
6. Limpeza e desinfecção de superfícies sempre que houver sangue ou líquidos potencialmente infectantes em superfícies.
  7. Limpeza e desinfecção/esterilização dos artigos antes de serem utilizados em outros pacientes.
  8. Etiqueta respiratória: estratégia a ser aplicada a TODAS as pessoas (paciente ou acompanhante) com sintomas respiratórios (tosse, congestão, rinorréia ou aumento da produção de secreções respiratórias) assim que ela entrar num serviço de saúde (salas de espera e triagem de serviços de emergência, clínicas, consultórios):
    - Educar dos profissionais de saúde, pacientes e visitantes quanto à importância destas medidas de controle, especialmente durante o período de surto sazonal;
    - Utilizar cartazes em linguagem apropriada com instruções para os pacientes e acompanhantes sobre as medidas de controle;
    - Adotar medidas de controle na fonte:
      - Cobrir boca e nariz com um lenço de papel ou papel higiênico ao tossir e espirrar,
      - Descartar os lenços assim que os utilizar,
      - Higienizar as mãos depois de tossir e espirrar;
    - Oferecer máscaras cirúrgicas para as pessoas com tosse (quando tolerado);
    - Encorajar as pessoas com infecções respiratórias a ficarem afastadas pelo menos um metro das demais (quando possível).

**OBSERVAÇÃO:**

Os profissionais de saúde devem ser sempre cuidadosos com a higiene das mãos e observar as precauções por contato e gotículas (uso de máscara) quando assistir um paciente com sinais e sintomas de infecção respiratória.

Os profissionais de saúde com infecção respiratória devem evitar contato direto com o paciente, principalmente os pacientes de alto risco. Se isso não for possível, deve-se utilizar máscara cirúrgica ao prestar assistência ao paciente.

9. Administração segura de injetáveis: adesão aos princípios básicos da técnica asséptica de preparação e administração de medicação parenteral:
  - Utilização de agulhas e seringas estéreis, de uso único,
  - Descarte de agulhas e seringas a cada injeção,
  - Prevenção da contaminação da seringa, agulha e medicação.

---

10. Práticas de Controle de Infecção para procedimentos de punção lombar: utilizar máscara nos procedimentos de implantação de cateter ou injeção de produtos no espaço espinhal ou epidural.

**b. Precauções de acordo com a via de transmissão**

Representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção ou colonização, incluindo certos patógenos epidemiologicamente importantes, que requerem medidas adicionais de controle para efetivamente prevenir a transmissão. Devem ser associadas às precauções padrão.

Como freqüentemente os agentes infecciosos não são conhecidos no momento da admissão no serviço de saúde, as precauções por vias de transmissão são utilizadas empiricamente de acordo com a síndrome clínica e os prováveis agentes etiológicos e depois modificadas quando o patógeno é identificado ou uma etiologia infecciosa transmissível é excluída.

**Precauções de Contato**

Representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a qualquer paciente colonizado ou infectado por microrganismos transmitidos por contato direto (mãos, pele, etc) e/ou contato indireto (contato com superfícies ambientais ou objetos do paciente).

Devem ser associadas às precauções padrão.

1. Encaminhar o paciente, o mais breve possível, para quarto, consultório ou sala privativos. Na indisponibilidade de ambientes individualizados utilizar área comum para pacientes acometidos com o mesmo microrganismo (coorte) e manter distância de pelo menos um metro entre os leitos para reduzir as oportunidades de compartilhar inadvertidamente itens de pacientes colonizados ou infectados.
2. Uso obrigatório de luvas de procedimentos para qualquer contato com o paciente, superfícies, equipamentos e artigos utilizados em sua assistência.
3. Uso obrigatório de avental para qualquer contato com o paciente, superfícies, equipamentos e artigos utilizados em sua assistência.
4. O transporte do paciente deve ser evitado, porém quando necessário, o profissional deve usar luvas e realizar desinfecção com álcool 70% em todo local que o paciente tiver contato.
5. Limpeza e desinfecção de superfícies: seguir as diretrizes do serviço.
6. Os artigos e equipamentos, sempre que possível, devem ser individuais. Além disso, devem ser limpos e desinfetados/esterilizados antes de utilizados em outros pacientes. Ensacar os artigos contaminados antes de encaminhá-los para reprocessamento.

---

### **Precauções para gotículas**

Representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a qualquer paciente com suspeita ou confirmação de doença transmitida por partículas maiores que 5µm que são geradas quando a pessoa tosse, espirra ou fala.

Devem ser associadas às precauções padrão:

1. Encaminhar o paciente, o mais breve possível, para quarto, consultório ou sala privativos. Instruir o paciente a seguir as recomendações da etiqueta respiratória. Na indisponibilidade de ambientes individualizados, utilizar área comum para pacientes acometidos com o mesmo microrganismo (coorte) e manter distância de pelo menos um metro entre eles.
2. Uso obrigatório de máscara cirúrgica para todas as pessoas que entrarem neste quarto, consultório ou sala privativa. A máscara deve ser desprezada à saída.
3. O transporte do paciente deve ser evitado, porém quando necessário ele deverá utilizar máscara cirúrgica e seguir a recomendações da etiqueta respiratória.

### **Etiqueta Respiratória:**

É um conjunto de medidas a serem aplicadas a TODAS as pessoas (paciente ou acompanhante) com sintomas respiratórios (tosse, congestão, rinorréia ou aumento da produção de secreções respiratórias) assim que ela entrar num serviço de saúde (salas de espera e triagem de serviços de emergência, clínicas, consultórios):

- Cobrir a boca e o nariz com um lenço de papel ou papel higiênico ao tossir e espirrar;
- Se não dispuser de lenço de papel, cobrir a boca e o nariz com o cotovelo;
- Descartar os lenços assim que os utilizar;
- Higienizar as mãos depois de tossir e espirrar;
- Oferecer máscaras cirúrgicas para as pessoas com tosse (quando tolerado);
- Solicitar à pessoa com infecção respiratória ficar afastada pelo menos um metro das demais (quando possível).

### **Precauções para aerossóis**

Representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a qualquer paciente com suspeita ou confirmação de doença transmitida por aerossol.

As seguintes medidas devem ser associadas às precauções padrão:

1. Preferencialmente estes pacientes deverão ficar em quartos individualizados de isolamento respiratório dotados de sistema de ventilação com pressão negativa, 06 trocas de ar por hora para construções já existentes e 12 trocas de ar por hora para novas construções e uso de filtro de alta eficácia. Na ausência destes ambientes devem ser adotados, obrigatoriamente, quartos,

---

consultórios ou salas privativas mantendo sempre a porta fechada. De preferência devem ser bem ventilados e em locais de pouca circulação.

2. Nas unidades de saúde ambulatoriais:

- Criar mecanismos nas salas de espera, recepção ou triagem para identificar pacientes com suspeita de infecção que requerem precauções para aerossóis,
- Oferecer máscara cirúrgica para o paciente, se sua situação clínica permitir,
- Encaminhar o paciente, o mais breve possível, para quarto, consultório ou sala privativos, mantendo sempre a porta fechada. De preferência devem ser bem ventilados e em locais de pouca circulação.
- Instruir o paciente a seguir as recomendações da etiqueta respiratória.

**Quando o paciente for dispensado, o ambiente deverá ficar desocupado por uma hora para permitir uma completa troca de ar, com as janelas abertas e porta fechada.**

3. Uso obrigatório de máscara tipo respirador, por todos os profissionais que prestarem assistência a pacientes durante situações geradoras de aerossóis. Deve ser colocada ANTES de entrar no quarto/consultório e retirada APÓS a saída.

4. O transporte do paciente deve ser evitado, porém quando necessário ele deverá utilizar máscara cirúrgica e seguir as recomendações da etiqueta respiratória.

---

## **2. Diretrizes para o reprocessamento de artigos médico-hospitalares**

### **a. No local de atendimento (consultório):**

O profissional de saúde deve assegurar que nenhum equipamento ou artigo utilizado no cuidado do paciente com suspeita ou confirmação de infecção por Influenza A(H1N1) seja utilizado em outro paciente antes que tenha sido submetido à limpeza e desinfecção ou esterilização.

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado antes e após qualquer contato com o paciente, superfícies e artigos utilizados na assistência destes pacientes.
- Ao entrar no local onde estão estes pacientes para entregar e recolher equipamentos ou artigos os profissionais deverão utilizar: luvas de procedimento para recolher artigos contaminados e máscaras cirúrgicas somente quando for atuar a menos de um metro do paciente.
- Acondicionar os artigos utilizados (micronebulizador, espaçador, máscara de oxigênio, umidificador, ambu, silicone/látex, espéculo auricular, cuba rim, etc) em recipiente com tampa hermeticamente fechado, logo após o uso ou assim que o paciente for dispensado.
- Após o paciente ser dispensado iniciar a limpeza do consultório (mesa de exames, equipamentos, etc).
- Encaminhar o recipiente com os artigos contaminados para sala de utilidades (expurgo) e iniciar a limpeza o mais breve possível.
- Reprocessar artigos como estetoscópios, termômetros, lanternas, otoscópios, oftalmoscópios, laringoscópios e esfigmomanômetros no consultório conforme descrito no item **03**.
- Caso sejam utilizados comadre ou marreco acondicioná-los em saco plástico antes de serem encaminhados para a sala de utilidades (expurgo).
- Retirar a paramentação antes de sair do consultório para encaminhar os artigos contaminados para a sala de utilidades observando as diretrizes a seguir:

Desprezar a paramentação na lixeira identificada e forrada com saco branco leitoso (resíduo infectante).

*Seqüência de retirada da paramentação:*

luvas, higienização das mãos. Retirar e descartar a máscara cirúrgica na sala de utilidades.

Em seguida higienizar as mãos.

*Seqüência de retirada da paramentação em situações geradoras de aerossol:* luvas, higienização das mãos, avental descartável de manga longa, gorro, óculos (coloca-lo no recipiente

com os demais artigos contaminados), higienização das mãos. Retirar e descartar a máscara tipo respirador na sala de utilidades. Em seguida higienizar as mãos.

- Transportar o recipiente contendo os artigos contaminados e o saco com comadre/marreco para a sala de utilidades (expurgo).
- Calçar outra luva de procedimentos para realizar este transporte. Desprezar as luvas e os sacos na lixeira identificada e forrada com saco branco leitoso (resíduo infectante) da sala de utilidades.
- Higienizar as mãos em seguida.

**PAD:** acondicionar os artigos em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sala de utilidades (expurgo) da UPA de referência para o reprocessamento. Descartar os sacos e as luvas na lixeira identificada e forrada com saco branco leitoso da sala de utilidades. Em seguida higienizar as mãos.

**SAMU:** acondicionar os artigos em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sede do SAMU para o reprocessamento. Descartar os sacos e as luvas na lixeira identificada e forrada com saco branco leitoso. Em seguida higienizar as mãos.

#### **b. NA SALA DE UTILIDADES (expurgo)**

##### **Limpeza**

É o processo que visa a remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas dos produtos para saúde e, como consequência, a retirada de grande parte da carga microbiana. Trata-se de etapa essencial e indispensável para o processamento de todos os produtos para saúde, devendo preceder os processos de desinfecção ou esterilização.

**OBSERVAÇÃO:** Os saneantes utilizados em todas as fases do reprocessamento devem estar em conformidade com a legislação sanitária e com destinação de uso na assistência à saúde.

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado antes e após as atividades.
- Os profissionais responsáveis por esta atividade devem utilizar: gorro, óculos, máscara cirúrgica, avental impermeável, avental descartável de manga longa e luvas de autoproteção (luvas de borracha).
- Os produtos padronizados para a limpeza nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) são: escovas não abrasivas, compressa, detergente neutro hospitalar e detergente enzimático.

- 
- Retirar a sujidade visível em água corrente e imergir os artigos desmontados ou desconectados em solução de detergente enzimático. Injetar esta solução na luz dos artigos com lúmem utilizando uma seringa de 20 ml.
  - Usar o detergente enzimático de acordo com as recomendações do fabricante (diluição e tempo de exposição).
  - Após o tempo de exposição no detergente enzimático, friccionar todas as superfícies dos artigos, no mínimo 5 vezes, no sentido proximal para distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível.
  - Enxaguar rigorosamente os artigos em água corrente. Enxaguar os artigos canulados com água sob pressão, com pelo menos 5 vezes.
  - Secar os artigos utilizando compressas limpas. Secar os artigos canulados utilizando ar sob pressão.
  - Após a limpeza inspecionar cuidadosamente os artigos sobre compressa limpa.

### **Desinfecção**

É o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, na forma vegetativa e presentes nos produtos para saúde e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes químicos regularizados na Anvisa (Portaria 15/88 MS e suas atualizações). Ex: ácido peracético, compostos liberadores de cloro ativo, álcoois, entre outros.

**OBSERVAÇÃO:** Os saneantes utilizados em todas as fases do reprocessamento devem estar em conformidade com a legislação sanitária e com destinação de uso na assistência à saúde.

### **Tipos de desinfecção:**

- **Desinfecção de alto nível:** destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.

O enxágüe deve ser feito, preferencialmente, com água estéril e a manipulação deve ser feita com o uso de técnica asséptica, caso não seja possível, enxaguar em água corrente e posteriormente com álcool 70%.

- É indicada para desinfecção de artigos semi-críticos.
- Ex: ácido peracético.
- **Desinfecção de nível intermediário:** destrói todas as bactérias vegetativas, o bacilo da tuberculose, a maioria dos fungos e vírus lipídicos. Não destrói esporos e tem ação média contra vírus não-lipídicos.
  - É indicada para desinfecção de artigos não críticos e para alguns artigos semi-críticos.
  - Ex: formulações contendo álcoois e cloro.

---

**c. Produtos padronizados na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA):**

- **Ácido Peracético** (este produto está sendo introduzido na Rede)

É indicado para a desinfecção de alto nível de produtos para saúde.

Tem como vantagens ser pouco tóxico e ser seguro do ponto de vista ocupacional e é efetivo na presença de matéria orgânica. É instável, principalmente quando diluído, é corrosivo para metais (cobre, latão, bronze, ferro galvanizado) e sua atividade é reduzida pela modificação do pH.

- **Álcoois**

O álcool etílico tem maior atividade microbicida, menor custo e toxicidade que o isopropílico. É indicado para desinfecção de nível intermediário de artigos e superfícies em concentração de 77% volume-volume, que corresponde a 70% em peso.

Para desinfecção de artigos recomenda-se friccionar com álcool etílico a 70%, esperar secar e repetir três vezes a aplicação.

Indicado para ampolas e vidros, estetoscópios, otoscópios, laringoscópios, etc.

É contra-indicado o uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos.

- **Hipoclorito de Sódio**

É indicado para a desinfecção de nível intermediário de produtos para saúde e superfícies.

Para desinfecção de artigos recomenda-se 10.000 ppm ou 1% de Cloro ativo por 30 minutos.

Este saneante é total ou parcialmente inativado na presença de matéria orgânica. É corrosivo para metais e tem ação descolorante.

As soluções devem ser estocadas em recipientes fechados e protegidos da luz (frascos opacos) e em locais bem ventilados.

A solução deve ser trocada a cada 12 horas ou quando apresentar saturação por matéria orgânica.

**OBSERVAÇÃO: o produto fornecido pela rede é de pronto uso, portanto não diluir.**

**Diretrizes para desinfecção**

- Caso a Unidade não disponha de área física exclusiva o processo de desinfecção deverá ser iniciado somente quando toda fase de limpeza dos artigos estiver encerrada. Antes de iniciar a desinfecção dos artigos, realizar a limpeza e desinfecção das torneiras, pias, bancadas e áreas próximas da pia e bancadas conforme item 05 destas diretrizes.
- Identificar os recipientes com nome da solução, data e prazo de validade, nome do profissional responsável.
- **Hipoclorito a 1%:** imergir os artigos por 30 minutos em recipiente opaco com tampa. Preencher os lúmens utilizando uma seringa de 20ml.

- **Ácido peracético:** imergir os artigos por 30 minutos em recipiente com tampa. Preencher os lúmens utilizando uma seringa de 20ml. Monitorar a concentração mínima eficaz diariamente, mantendo os registros.
- Retirar os artigos da solução, após o tempo de exposição, utilizando luvas de autoproteção ou pinça.
- Enxaguar cuidadosamente as superfícies interna e externa dos artigos em água corrente. Para os artigos de terapia respiratória enxaguar cuidadosamente as superfícies interna e externa, preferencialmente, em água estéril. Caso não seja possível, enxaguar em água corrente, secar e realizar a rinsagem com álcool 70%.
- Secar os artigos utilizando compressas limpas. Secar os artigos canulados utilizando ar sob pressão.
- A câmara dos espaçadores, após limpeza e enxágue, deve ser mergulhada em solução de água com detergente neutro (2 gotas/litro de água) por 30 minutos. Colocar para escorrer até secar. Usar luvas de procedimento para montar o espaçador, observando a posição correta da válvula.
- **Álcool etílico a 70%:** friccionar todas as superfícies do artigo e esperar secar. Repetir três vezes a aplicação.

**OBSERVAÇÃO:** desinfetar a parte metálica do umidificador de oxigênio com álcool 70% e o recipiente plástico com hipoclorito a 1%.

- Embalar individualmente todos os artigos desinfetados com saco plástico transparente de primeiro uso ou filme PVC.
- Rotular com a data da desinfecção e o responsável pelo procedimento.
- Armazenar em armário limpo e fechado.

**OBSERVAÇÃO:**

Realizar a limpeza e desinfecção dos recipientes de transporte de artigos contaminados e dos demais recipientes utilizados na sala de utilidades (expurgo).

- Realizar a limpeza e desinfecção dos EPI não descartáveis conforme item 04 destas diretrizes.
- Logo após o uso lavar, secar e desinfetar as escovas. Trocá-las sempre que necessário.
- É vedado o uso de insumos abrasivos como esponjas e palhas de aço. Usar, de preferência, compressas ao invés de esponjas macias.
- Realizar limpeza e desinfecção da sala, conforme item 05 destas diretrizes, assim que terminar o reprocessamento dos artigos.

- A utilização de produtos de uso único deve atender o disposto na legislação (RDC/Anvisa nº. 156/06; RE/Anvisa nº. 2605/06; RE/Anvisa nº. 2606/06).

**d. Nas Centrais de Esterilização (CEST)**

A esterilização é o processo pelo qual os microrganismos são mortos a tal ponto que não se possa mais detectá-los no meio padrão de cultura em que previamente os agentes haviam proliferado. O artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000. Ex: vapor saturado sob pressão (autoclave).

- Todos os artigos críticos utilizados devem ser esterilizados.
- O método de esterilização deve ser determinado pela Central de Esterilização - CEST, de acordo com as características do produto, orientações do fabricante e normas sanitárias vigentes.
- Os procedimentos para encaminhamento dos artigos para a CEST estão descritos na página 30 do Manual de Normas e Rotinas Técnicas elaborado pela Central Distrital de Material Esterilizado da SMSA/PBH – 2002, disponível no link:  
<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.php?documento=383>>
- A utilização de produtos de uso único deve atender o disposto na legislação (RDC/Anvisa nº. 156/06; RE/Anvisa nº. 2605/06; RE/Anvisa nº. 2606/06).

**3. Diretrizes para reprocessamento de estetoscópio, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, laringoscópio, esfigmomanômetro e termômetro digital/mercúrio**

O profissional de saúde deve assegurar que nenhum equipamento ou artigo utilizado no cuidado do paciente com Influenza seja utilizado em outro paciente antes que tenha sido submetido à limpeza e desinfecção.

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado antes e após o procedimento.
- Realizar a desinfecção destes artigos dentro do consultório (exceto lâmina de laringoscópio), assim que o paciente for dispensado. Os profissionais responsáveis por esta atividade deverão utilizar luvas de procedimento.
- Lavar as lâminas do laringoscópio na sala de utilidades com água e detergente neutro hospitalar e secar com compressa limpa antes da desinfecção. Desinfetar através de fricção com álcool 70 %, esperar secar e repetir três vezes a aplicação. Embalar as lâminas

individualmente com saco plástico transparente de primeiro uso ou filme PVC. Rotular informando a data da desinfecção e o responsável pelo procedimento.

- Pelo menos uma vez ao dia ou quando os artigos apresentarem sujidade visível, encaminhá-los para a sala de utilidades (expurgo) para limpeza e desinfecção:
  - Artigos como termômetro digital, cabo do laringoscópio, manômetro, estetoscópios, lanternas, otoscópios e oftalmoscópios **por não tolerarem imersão**: limpar com compressa úmida (água e detergente neutro hospitalar), retirar o detergente com compressa úmida, secar com compressa. Desinfetar através de fricção com álcool 70 %, esperar secar e repetir três vezes a aplicação.
- Usar, preferencialmente, esfigmomanômetro com braçadeira de tecido sintético. Desinfetar a braçadeira de tecido sintético através de fricção com álcool 70 %, esperar secar e repetir três vezes a aplicação. Quando a braçadeira for de tecido de algodão deverá ser descosturada e lavada na sala de utilidades (transportar para a sala de utilidades no recipiente contendo os demais artigos contaminados).
- Guardar os laringoscópios desmontados e sem pilhas em recipiente com tampa e de fácil limpeza e desinfecção.
- Guardar os otoscópios, lanternas e oftalmoscópios sem pilhas em recipiente com tampa e de fácil limpeza e desinfecção.

**PAD:** acondicionar os artigos em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sala de utilidades (expurgo) da UPA de referência para o reprocessamento.

**SAMU:** acondicionar os artigos que precisam ser lavados em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sede do SAMU.

#### **4. Diretrizes para limpeza e desinfecção de EPI**

- Os EPI como máscaras cirúrgicas e máscaras tipo respirador, luvas de procedimentos, aventais descartáveis de manga longa e gorros são descartáveis, portanto **NÃO** PODEM ser reutilizados.
- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado antes e após este procedimento.
- Lavar os óculos com água e detergente neutro hospitalar. Enxaguar abundantemente e secar bem com compressas limpas. Desinfetar através de imersão em hipoclorito a 1% por 30 minutos. Enxaguar abundantemente em água corrente e secar com compressas limpas. Acondicionar em saco plástico ou recipiente fechado.

- Lavar os aventais impermeáveis com água e detergente neutro hospitalar. Enxaguar e secar cuidadosamente. Friccionar as superfícies externa e interna do avental com álcool 70 %. Esperar secar e repetir três vezes a aplicação.
- Lavar em água e sabão a parte externa das luvas de autoproteção (luvas de borracha) antes de serem retiradas. Enxaguar as mãos enluvadas com água corrente e secar com compressa limpa. Retirar as luvas pelo avesso e limpar com compressa umidecida em água e detergente neutro. Remover o detergente com pano úmido e secar as luvas. Imergir as luvas em hipoclorito a 1% por 30 minutos. Enxaguar abundantemente em água corrente e secar com compressas limpas. Acondicionar em saco plástico ou recipiente fechado.
- Para maiores detalhes consultar o Manual de Normas e Rotinas Técnicas elaborado pela Central Distrital de Material Esterilizado da SMSA/PBH – 2002, disponível no link: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostrarquivo.php?documento=383>. Páginas 57, 58 e 59.

**PAD:** acondicionar os artigos em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sala de utilidades (expurgo) da UPA de referência para o reprocessamento.

**SAMU:** acondicionar os artigos em recipiente plástico com tampa, ensacar e encaminhar para a sede do SAMU.

## **5. Diretrizes para limpeza e desinfecção de ambientes**

### **Limpeza**

O profissional de saúde deve assegurar que as superfícies sejam adequadamente limpas e desinfetadas antes de liberar o ambiente para atendimento.

- A limpeza é classificada em:
  - **Limpeza imediata:** deve ser realizada assim que ocorrer a contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica. Ex: vômito, sangue, escarro.
  - **Limpeza concorrente:** é executada diariamente, enquanto o paciente permanecer na unidade, e inclui todas as superfícies horizontais (leito, equipamentos, mobiliário, piso, instalação sanitária, etc). Deve ser efetuada, principalmente em locais que são mais tocados ou estão próximos ao leito do paciente.
  - **Limpeza terminal:** deve ser realizada em casos de alta, óbito e transferência de pacientes. Trata-se de uma limpeza mais completa, abrangendo a limpeza e desinfecção de superfícies verticais e horizontais (piso, equipamentos, mobiliários, pias, leito, bancadas, suporte de soro, etc). O procedimento deve ser enfatizado, principalmente em locais que são mais tocados ou próximos ao leito do paciente, uma vez que apresentam maior possibilidade de

contaminação por gotículas (ex: maçanetas, torneiras, cabeceira do leito, mesa clínica, colchão, etc). Também se aplica às superfícies internas de veículos de transporte de pacientes e artigos.

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado antes e após esta tarefa.
- Para realizar a limpeza dos ambientes os profissionais deverão utilizar: uniforme, bota ou calçado fechado impermeável e luvas de autoproteção. Nas situações de possibilidade de respingos utilizar avental descartável de manga longa, óculos, gorro e máscara cirúrgica.
- Antes de realizar a limpeza do ambiente, recolher o lixo (seguir PGRSS da unidade e diretrizes do item 08) e as roupas sujas (ver as diretrizes do item 06). Evitar agitar as roupas e os sacos de lixo.
- Trocar o lençol de papel a cada atendimento, realizar limpeza e desinfecção imediata sempre que necessário e concorrente ao final do turno ou plantão.
- Iniciar a limpeza pelo mobiliário, equipamentos, paredes e terminar pelo piso. Para maiores detalhes consultar o Manual de Normas e Rotinas Técnicas elaborado pela Central Distrital de Material Esterilizado da SMSA/PBH – 2002, disponível no link: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostrarquivo.php?documento=383>>. Páginas 80 a 91.
- Limpar as superfícies com água e detergente neutro hospitalar.
- Realizar sempre varredura úmida.
- No caso da superfície apresentar matéria orgânica visível retirar o excesso com papel-toalha absorvente e posteriormente limpar e desinfetar. Desprezar o papel na lixeira.

### **Desinfecção de superfícies**

Deve ser realizada após a limpeza e secagem da superfície.

O vírus da influenza é inativado pelo álcool a 70% e por cloro. Portanto preconiza-se a limpeza de superfícies com detergente neutro hospitalar seguido de uma destas soluções desinfetantes.

### **Saneantes padronizados na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) para desinfecção das superfícies:**

#### **• Álcoois**

- O álcool etílico tem maior atividade microbicida, menor custo e toxicidade que o isopropílico. É indicado para desinfecção de nível intermediário de artigos e superfícies em concentração de 77% volume-volume, que corresponde a 70% em peso.

- Indicado para superfícies externas de equipamentos metálicos, partes metálicas de incubadoras, macas, camas, colchões e mesas de exames, pratos de balança, bebedouros, bancadas, etc.
- É contra-indicado o uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos.
- Realizar a desinfecção com álcool etílico a 70% através de fricção em maçanetas, torneiras, cabeceira da cama, móveis, colchão, mesa clínica, etc. Deve-se friccionar o álcool 70 %, esperar secar e repetir três vezes a aplicação.
- **Hipoclorito de Sódio**
  - É indicado para a desinfecção de nível intermediário de produtos para saúde e superfícies. Para desinfecção de superfícies recomenda-se 10.000 ppm ou 1% de Cloro ativo.
  - Este saneante é total ou parcialmente inativado na presença de matéria orgânica. É corrosivo para metais e tem ação descolorante.
  - As soluções devem ser estocadas em recipientes fechados e protegidos da luz (frascos opacos) e em locais bem ventilados.
  - Realizar a desinfecção com hipoclorito a 1% por 10 minutos para piso e paredes.

#### **OBSERVAÇÃO:**

- Higienizar o material utilizado na limpeza (panos, baldes, etc) no Depósito de Material de Limpeza (DML) ao término destas atividades.
- Não deixar os panos utilizados na limpeza de molho para evitar a proliferação de microorganismos.
- Para maiores detalhes consultar o Manual de Normas e Rotinas Técnicas elaborado pela Central Distrital de Material Esterilizado da SMSA/PBH – 2002, disponível no link: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostrarquivo.php?documento=383>>. Páginas 77 a 79.

### **6. Diretrizes para processamento de roupas**

Manipular e processar as roupas conforme orientações específicas para cada etapa do processamento, de forma a evitar a disseminação do vírus da Influenza para pacientes, profissionais envolvidos na assistência, trabalhadores da lavanderia e meio ambiente.

Para o atendimento dos pacientes utilizar preferencialmente lençol descartável. Caso seja utilizado algum tecido (camisola, campo, etc) seguir os procedimentos e rotinas já adotados no serviço.

#### **Coleta e transporte das roupas para processamento**

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70% glicerinado, após qualquer contato com a roupa suja.

- Paramentação dos profissionais responsáveis por estas atividades: o profissional de enfermagem que prestou assistência ao paciente deve permanecer com a paramentação (máscara cirúrgica e luvas de procedimentos) para ensacar as roupas.
- Retirar a roupa suja do leito com o mínimo de agitação e manuseio.
- Os sacos plásticos utilizados para a coleta das roupas são de uso único e devem apresentar uma qualidade suficiente para suportar o peso da roupa, inclusive se esta estiver molhada ou úmida, prevenindo o vazamento de líquidos. Usar mais de um saco se necessário.
- Fechar os sacos de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, sem respirar próximo à sua abertura ou expor-se ao fluxo de ar interno. Não exceder sua capacidade.
- Identificar os sacos com o rótulo contendo o símbolo de infectante, nome da Unidade, quantidade de peças e grau de sujidade de acordo ao modelo apresentado a seguir:

**ROUPA CONTAMINADA INFLUENZA**



UNIDADE:  
QUANTIDADE DE PEÇAS:  
GRAU DE SUJIDADE:  
( ) LEVE: sem sujidade aparente  
( ) PESADA: presença de matéria orgânica como fezes, vômito, sangue, etc

- Coletar e transportar a roupa suja ensacada utilizando luvas de procedimento.
- Realizar a coleta em horário pré-estabelecido, de preferência em horário de menor fluxo de pessoas, pacientes e distribuição de alimentos. A roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na Unidade.
- Nas Unidades que utilizam carrinhos para transporte de roupa suja, estes devem ser exclusivos e fechados garantindo a segurança para o funcionário e ambiente.
- Caso o transporte seja manual, realizar a coleta dos sacos de forma que não exista o contato deste com outras partes do corpo. É vedado arrastar o saco pelo piso.
- Lavar e desinfetar todos os locais e carros usados no processamento de roupas diariamente.

**Recepção, separação e classificação das roupas para processamento**

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido, secar e friccionar com álcool 70%, após qualquer contato com a roupa suja.

- Paramentação dos profissionais responsáveis por estas atividades: uniforme de trabalho, avental de manga longa, luvas de autoproteção, botas de borracha, máscara PFF2 (N95), gorro e óculos de proteção.
- Separar e classificar as roupas conforme rotinas do setor.
- No caso de roupas provenientes do atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados de influenza colocar as roupas diretamente na lavadora. Não manipular, separar ou classificar as roupas, pois há risco de promover partículas em suspensão e conseqüente contaminação do trabalhador. As roupas serão quantificadas e classificadas na Unidade de origem.
- Os funcionários responsáveis pela recepção da roupa suja devem ser exclusivos da área suja e não devem circular em outras áreas do serviço durante o turno de trabalho.
- Os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não deverão sair do local sem tomar banho de chuveiro e trocar de roupa.
- O uniforme utilizado pelos trabalhadores da área suja deve ser higienizado na própria lavanderia.
- A paramentação descartável como máscaras tipo respirador e os sacos utilizados para transportar as roupas sujas deverão ser desprezados na lixeira identificada e forrada com saco branco leitoso (resíduo infectante).
- Retirar a paramentação ao término das atividades.

Seqüência de retirada da paramentação: luvas, higienização das mãos, avental descartável de manga longa, óculos, gorro, máscara, higienização das mãos.

Realizar limpeza e desinfecção das luvas de auto proteção e dos óculos conforme diretrizes do item 04 deste documento.

#### **Processo de lavagem das roupas**

- Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas utilizadas por pacientes com Influenza, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.
- O ciclo de lavagem a ser empregado depende do grau de sujidade (leve ou pesado), do tipo de tecido da roupa, assim como dos tipos de equipamentos da lavanderia e dos saneantes utilizados.

#### **Processamento de roupas na área limpa**

- Manusear a roupa limpa somente quando necessário e com prévia higienização das mãos.
- Armazenar a roupa limpa em armários limpos, fechados e específicos para esse fim até o encaminhamento à Unidade de origem.

- 
- Os funcionários desta área não devem circular ou entrar em contato com os trabalhadores da área suja.

### **7. Diretrizes para veículos de transporte**

Os veículos utilizados para transporte das roupas deverão atender aos requisitos a seguir:

- Possuir parte interna revestida de material liso de fácil limpeza, piso lavável antiderrapante, evitar carpetes e acessórios desnecessários.
- Realizar a limpeza e desinfecção da parte interna do veículo após o transporte de roupas para processamento conformes as diretrizes do item 05.

### **8. Diretrizes para manejo de resíduos**

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

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

## Anexo VI

### Telefones dos Distritos Sanitários

Gerências de Regulação, Epidemiologia e Informação  
dos Distritos Sanitários - GEREPI

| <b>GEREPI</b>       | <b>TEL</b>           |
|---------------------|----------------------|
| <b>BARREIRO</b>     | 3277-5897/ 3277-5921 |
| <b>CENTRO – SUL</b> | 3277-4331/ 3277-4845 |
| <b>LESTE</b>        | 3277-4477/ 3277-4998 |
| <b>NORDESTE</b>     | 3277-6241/ 3277-6242 |
| <b>NOROESTE</b>     | 3277-7645/ 3277-7647 |
| <b>NORTE</b>        | 3277-7853/ 3277-7841 |
| <b>OESTE</b>        | 3277-7082/ 3277-7085 |
| <b>PAMPULHA</b>     | 3277-7938/ 3277-7933 |
| <b>VENDA NOVA</b>   | 3277-5413/ 3277-5414 |

## Anexo VII

### Ficha para encaminhamento de paciente com influenza em BH

| Dados gerais  |                              |
|---|------------------------------|
| Nome: _____   | Data de nascimento: __/__/__ |
| Endereço: _____   | Telefone: ( ) _____          |
| Nome do serviço de saúde: _____   |                              |
| Nome do médico: _____   | CRMMG: _____                 |
| Assinatura do médico: _____   |                              |
| Data do encaminhamento: __/__/__  |                              |
| Sinais e sintomas que definem síndrome gripal   |                              |
| <input type="checkbox"/> Febre medida ou referida <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse   |                              |
| Fator de risco de complicações da influenza para encaminhar ao ambulatório de referência  |                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatia<br><input type="checkbox"/> Nefropatia crônica <input type="checkbox"/> Pneumopatia <input type="checkbox"/> Doença imunossupressora (ex: câncer, transplantados, aids) <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos imunossupressores<br><input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Idade < 2 anos ou > 60 anos<br><input type="checkbox"/> Obesidade grau III<br><input type="checkbox"/> Outros, explicitar: _____   |                              |
| Sinais e sintomas de alerta de gravidade para encaminhar para a internação hospitalar   |                              |
| <u>Adultos</u>  |                              |
| <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Taquipnéia ( $\geq 30$ irpm é sinal de gravidade) <input type="checkbox"/> dor torácica<br><input type="checkbox"/> Evidência clínica, laboratorial ou radiológica de pneumonia<br><input type="checkbox"/> Saturação de $O_2 \leq 92\%$ em oxímetro digital de pulso (para gestante $\leq 95\%$ ) em meio ambiente (quando disponível)<br><input type="checkbox"/> PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg<br><input type="checkbox"/> Desidratação/ vômitos/ diarreia/impossibilidade de deglutir<br><input type="checkbox"/> Presença de comorbidades/imunodepressão <input type="checkbox"/> Idade $\geq 65$ anos<br><input type="checkbox"/> Outros, explicitar: _____   |                              |
| <u>Crianças</u>   |                              |
| <input type="checkbox"/> Taquipnéia, tiragem intercostal, batimentos de aletas nasais, retração de fúrcula esternal ou de apêndice xifóide (sinais de esforço respiratório)<br><input type="checkbox"/> Criança gemente <input type="checkbox"/> Evidência clínica, laboratorial ou radiológica de pneumonia<br><input type="checkbox"/> Sinais de toxemia: estado geral comprometido, prostração<br><input type="checkbox"/> Presença de comorbidades/imunodepressão<br><input type="checkbox"/> Desidratação/ vômitos/ diarreia/impossibilidade de deglutir<br><input type="checkbox"/> Alteração de consciência <input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Dificuldades familiares em medicar e observar cuidadosamente<br><input type="checkbox"/> Outros, explicitar: _____ |                              |

A frequência respiratória (taquipnéia) é um parâmetro para a avaliação na dificuldade respiratória:

| Idade                 | 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               | > 24 respirações/minuto |

Observação: no adulto, a frequência respiratória varia de 16 a 20 irpm; frequência  $\geq 30$  é sinal de gravidade; na gestante na gestante  $\geq 25$  irpm.

**Atenção: as fichas de triagem deverão ser enviadas ao serviço de epidemiologia de referência.**

---

## 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 25 de fevereiro de 2009]. 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 15.07.09, às 13:00 [Consultado em 19 de julho de 2009] Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza\\_ah1n1\\_15072009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_ah1n1_15072009.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da influenza A(H1N1) no Brasil 2009. Edição nº3 de agosto de 2009. Informações referentes à semana 30 – encerramento em 1º de agosto de 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO E VIGILÂNCIA DE INFLUENZA -VERSÃO III. Atualização: 05.08.2009. [Consultado em 05 de agosto de 2009] Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocoloIII\\_de\\_manejo\\_clinico\\_05\\_08\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocoloIII_de_manejo_clinico_05_08_2009.pdf)
5. CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR. 2006; 55(No. RR-10).
6. 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>
7. 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](http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm)
8. 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.
9. 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 infecção respiratória aguda grave – IRAG”. Versión 2/Mayo/08.

10. World Health Organization. Influenza A - update 47. [Updated June 11<sup>th</sup> 2009; cited June 11<sup>th</sup> 2009]. Available from [http://www.who.int/csr/don/2009\\_06\\_11/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_06_11/en/index.html)
11. Brasil. Ministério da Saúde/ANVISA. Medidas de Prevenção e isolamento a serem adotadas na assistência a pacientes suspeitos de infecção por Influenza A(H1N1). Acesso em 08 de maio de 2009. Disponível em:  
[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/medidas\\_precaucao\\_isolamento\\_0805.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/medidas_precaucao_isolamento_0805.pdf)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Errata do Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza 3a versão. - Anexo XIV- Orientações da Anvisa: Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Acesso em 04 de maio 2009. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/errata\\_anexo\\_14\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/errata_anexo_14_plano.pdf)
13. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Enfrentamento da Ameaça da Influenza A(H1N1). Maio de 2009 1<sup>a</sup> Edição. Acesso em 08 de maio de 2009. Disponível em:  
[http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/protocolos/guia%20de%20enfrentamento%20influenza%20A\\_050509\\_BAIXA.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/protocolos/guia%20de%20enfrentamento%20influenza%20A_050509_BAIXA.pdf)
14. Belo Horizonte. Manual de Normas e Rotinas Técnicas elaborado pela Central Distrital de Material Esterilizado da SMSA/PBH, 2002.
15. APECIH. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004.
16. APECIH. Prevenção e Isolamento. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2006.
17. APECIH. Prevenção das Infecções Hospitalares do Trato Respiratório. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005.
18. CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. 2003
19. CDC. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
20. CDC. V Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007.
21. VISAFLU. Fundamentos de Vigilância Sanitária para o enfrentamento de uma Pandemia de Influenza. 2007.
22. Graziano KU. Processos de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos médico-hospitalares. In: Oliveira AC. Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Parte X, cap. 1, p.491-516.

- 
23. São Paulo. Plano de Preparação para Pandemia de Influenza do Estado de São Paulo. Diretrizes Gerais. São Paulo, 2005. Acesso em 01/06/09. Disponível em:  
[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/outros/bepa23\\_suple4.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bepa23_suple4.pdf)