



**GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SAÚDE

**PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA
INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009
JUNHO DE 2010**

1. INTRODUÇÃO

Até o momento atual, foram confirmados laboratorialmente casos de influenza pandêmica A(H1N1) em 213 países com registro de aproximadamente 16.713 mortes confirmadas. No Brasil, foram notificados cerca de 40.000 casos graves e 1.705 óbitos por influenza A(H1N1) em 2009. Só no Rio Grande do Sul foram confirmados 3.600 casos e 297 óbitos no mesmo ano.

A situação epidemiológica da influenza A(H1N1), no Brasil e no mundo, no ano de 2009 caracterizou-se por uma pandemia com predominância de casos clinicamente leves e baixa letalidade.

A pandemia é fortemente influenciada pelo clima. Nas regiões tropicais, ocorreram casos e alguns surtos isolados, sem causar impacto ao sistema de saúde. Em áreas de clima temperado, a chegada do inverno acelerou a transmissão, produzindo picos epidêmicos que duraram semanas. Na América do Sul, essa situação aconteceu no Chile, na Argentina, no Uruguai e no Brasil. No nosso país os casos predominaram na região Sul e parte do Sudeste, onde o número de pessoas que procuraram serviços de saúde por síndrome gripal lotou as salas de emergência e as unidades de cuidados intensivos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existe a possibilidade de recombinação genética do vírus da influenza com eventual alteração de sua virulência, podendo levar ao surgimento de novas ondas epidêmicas. A ocorrência deste fato acrescido à chegada do inverno nos coloca em situação de alerta. Portanto devemos estar preparados, previamente, para um possível aumento da demanda nos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, principalmente no caso de indivíduos com fatores de risco para complicações e óbito pela doença.

É neste momento que precisamos organizar as atividades da vigilância epidemiológica para conhecermos o comportamento da influenza e fortalecer a capacidade de resposta da assistência desenvolvendo medidas de intervenção oportunas e eficazes. A revisão criteriosa do que funcionou, em 2009, e do que

precisa ser aperfeiçoado é fundamental para garantir o enfrentamento adequado de uma possível segunda onda de circulação no próximo inverno. Este Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica A(H1N1) 2009 compreende dois módulos: o que aborda as questões de vigilância epidemiológica de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e o de detecção e investigação de surtos de síndrome gripal em ambientes restritos. Tem como objetivo padronizar condutas de notificação e investigação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e de surtos de Síndrome Gripal (SG).

2. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

A vigilância de casos de SRAG deve ser realizada pelos hospitais através dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), onde estes existirem, ou pela equipe de Vigilância Epidemiológica municipal em conjunto com Secretaria de Estado da Saúde.

A partir da SE 01/2010, passam a ser objeto de notificação no **Sinan online Influenza** apenas os casos de **SRAG hospitalizados**.

Objetivo:

- Vigilância da SRAG
- Investigar e acompanhar os casos de SRAG hospitalizados
- Reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos
- Monitorar o padrão de gravidade da doença, detectando eventuais mudanças na virulência do vírus influenza pandêmico
- Vigilância da síndrome gripal nas unidades sentinelas do Estado

2.1 DEFINIÇÕES

2.1.1 Caso de síndrome respiratória aguda grave

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

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

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

- Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;
- Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

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

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

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

A presença de pelo **menos UM** dos sinais abaixo deve alertar o médico para sinais de gravidade e avaliação criteriosa.

a. Avaliação em adultos

- Confusão mental
- Frequência respiratória > 30 mrm
- PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg
- Comorbidades descompensadas
- Saturação de O₂ < 93%

b. Avaliação em crianças

- Cianose
- Batimentos de asa do nariz
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/Vômitos/Inapetência
- Estado geral comprometido
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentação
- Dificuldades familiares em medicar e observar cuidadosamente
- Presença de comorbidades/Imunodepressão
- Taquipnéia

Idade	Frequência respiratória
< 2 meses	60 ou mais respirações por minuto
2 a 12 meses	50 ou mais respirações por minuto
1 a 5 anos	40 ou mais respirações por minuto

2.1.2 Caso confirmado de síndrome respiratória aguda grave por influenza pandêmica (H1N1)2009

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG e cuja infecção pelo vírus influenza pandêmica A(H1N1)2009 foi confirmada por laboratório;
- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG para o qual não foi possível ou não foi indicado coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e que tenha evidência de contato próximo (até sete dias antes do início dos sintomas) com um caso laboratorialmente confirmado

ou que pertença à mesma cadeia de transmissão com pelo menos um caso confirmado laboratorialmente (confirmação por vínculo epidemiológico); ou

- Óbito com confirmação laboratorial de infecção por vírus da influenza pandêmica A(H1N1)2009 ou que tenha apresentado contato com caso confirmado laboratorialmente para influenza pandêmica.

2.1.3 Caso descartado de síndrome respiratória aguda grave por influenza pandêmica (H1N1)2009

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG que não tenha sido confirmada laboratorialmente a infecção pelo vírus influenza pandêmica (H1N1)2009;

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG em que tenha sido diagnosticada outra doença;

- Indivíduo com quadro clínico compatível com SRAG com vínculo epidemiológico a um caso descartado laboratorialmente; ou

- Óbito que não tenha sido confirmado laboratorialmente por infecção pelo vírus influenza pandêmica (H1N1)2009 ou que não tenha evidência de contato com caso confirmado.

2.2 NOTIFICAÇÃO

2.2.1 Notificação Imediata

- Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por **SRAG** devem ser notificados individual e imediatamente no **Sinan online Influenza**, utilizando a Ficha de Investigação Individual; e

- A notificação de casos no Sinan não está vinculada à distribuição de antiviral. O Protocolo de Indicações para Uso de Oseltamivir, que se encontra em vigor, permite a prescrição do antiviral a casos não graves, a partir da avaliação médica da presença de fatores ou situações específicas de risco individual.

2.2.2 Preenchimento da Ficha de Investigação Individual – FII

- A Ficha de Investigação Epidemiológica está disponível na página da SES/RS, no banner Influenza A H1N1.

- Todo caso de SRAG hospitalizado deve ter a FIE preenchida em sua completude;

- Além dos dados de identificação, deverão ser coletados os dados clínicos da forma mais detalhada possível: apresentação e evolução dos sintomas, presença de comorbidades, resultados de exames, padrão radiológico, medicações em uso, condição socioeconômica, vínculo com casos semelhantes, possível exposição a outros agentes infecciosos, entre outros aspectos que o investigador julgar importante;

- As informações complementares, identificadas durante a investigação deverão ser registradas, de modo objetivo, no campo “Observações Adicionais”. Por exemplo: data de início do tratamento com Oseltamivir e as medidas complementares adotadas.

2.3 INVESTIGAÇÃO

2.3.1 Grupos e Fatores de Risco para complicações por Influenza Pandêmica (H1N1)2009

2.3.1.1 Grupos de risco: pessoas que apresentam as seguintes condições clínicas

- **Imunodepressão:** por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para AIDS ou em uso de medicação imunossupressora;
- **Condições crônicas:** por exemplo, hemoglobinopatias, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais crônicas, doenças metabólicas (diabetes *mellitus*, obesidade grau III (IMC >40)), doença neurológica;
- **Indígenas aldeados.**

2.3.1.2 Fatores de risco

- **Idade:** menor ou igual a 2 ou maior ou igual a 60 anos de idade; e
- **Gestação:** independente da idade gestacional.

2.3.2 Condutas frente à identificação de contatos próximos de síndrome respiratória aguda grave

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

Verificar se houve exposição durante o período de transmissão da doença, considerando os seguintes períodos para contatos com adultos ou crianças:

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

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

- **Forma grave:** após avaliação médica, se o contato apresentar SRAG, adotar as condutas previstas no Protocolo de Manejo Clínico. Só deve ser notificado o caso que necessitar de hospitalização.

2.4 COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS

O exame laboratorial para diagnóstico específico de influenza A (H1N1)

- A coleta de secreção de nasofaringe deverá ser realizada, preferencialmente, até 3º dia após o início dos sintomas, no máximo até o 7º dia.
- A coleta deverá ser feita antes do início do tratamento preferencialmente.
- A coleta de secreção de nasofaringe também está indicada para investigação de SURTOS por **síndrome gripal** em comunidades fechadas.

- A amostra deverá ser mantida em temperatura adequada de refrigeração (4-8°C) e encaminhada ao LACEN/RS, se possível no mesmo dia da coleta, acompanhada da ficha de investigação epidemiológica preenchida.
- Para os casos graves no qual o paciente encontra-se entubado, pode-se proceder à coleta de aspirado da secreção traqueal.
- A técnica de **Imunofluorescência Indireta (IFI)** será utilizada **paralelamente com o RT-PCR** para as amostras das **crianças menores de 5 anos com SRAG hospitalizadas** e para investigação de **surtos por síndrome gripal** em comunidades fechadas. Para as amostras dos **pacientes com SRAG hospitalizados, fora desta faixa etária**, a técnica para diagnóstico utilizada será o **RT-PCR**.

Atenção: A técnica de diagnóstico preconizada pela OMS para confirmação do novo vírus influenza A H1N1 é o RT-PCR. A técnica de IFI não identifica esse vírus, portanto, as amostras com detecção de influenza A ou negativas não podem descartar a presença do vírus influenza A H1N1 de linhagem suína.

IMPORTANTE

O Ministério da Saúde e a SES/RS alertam aos profissionais de saúde e aos familiares de indivíduos com doença respiratória aguda grave que as condutas clínicas não dependem do resultado do exame laboratorial específico para influenza pandêmica A (H1N1)2009. Esclarecem ainda que este exame, mesmo quando indicado, demanda um tempo longo de realização, pela complexidade da técnica utilizada.

2.4.1 Técnica para a coleta

- Utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe (frasco coletor + sonda uretral) para crianças **menores de 2 anos**, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar maior número de células.
- Utilizar a técnica de *swab* combinado (1 *swab* de cada narina + 1 *swab* da orofaringe), exclusivamente com *swab* de *rayon*, para **adultos e crianças acima de 2 anos**.

Obs.: Não deverá ser utilizado *swab* de algodão, pois este interfere nas metodologias moleculares utilizadas. As amostras de secreção respiratória coletadas devem ser mantidas em temperatura adequada de refrigeração (4°C a 8°C) e encaminhadas ao LACEN/RS no mesmo dia da coleta preferencialmente.

2.4.2 Acondicionamento, transporte e envio de amostras para diagnóstico

- Os serviços de saúde deverão encaminhar as amostras dos pacientes ao LACEN/RS acompanhadas da NOVA requisição de exames devidamente preenchida e disponível na página da SES/RS banner Influenza A H1N1.
- As amostras deverão estar devidamente identificadas com o nome do paciente, data da coleta, local.
- O transporte da amostra deverá ser efetuado em caixas térmicas de paredes rígidas, que mantenham a temperatura adequada de refrigeração (4°C a 8°C) até a chegada ao LACEN/RS.

2.4.3 Indicação para a coleta de amostras em situação de óbito

Recomendado, APENAS NOS LOCAIS ONDE SEJA VIÁVEL A REALIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLETA DE AMOSTRAS, para diagnóstico post-mortem de casos de SRAG sem diagnóstico etiológico prévio em situações especiais indicadas pela vigilância epidemiológica, especificadas a seguir.

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

Coleta dos espécimes teciduais

Pontos anatômicos de coleta de amostras:

1. Da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traquéia proximal e distal;
 2. Do parênquima pulmonar direito e esquerdo;
 3. Das tonsilas e mucosa nasal;
 4. De pacientes com suspeita de miocardites, encefalites e rabdomiólise podem ser coletadas fragmentos do miocárdio (ventrículo direito e esquerdo), SNC (córtex cerebral, gânglios basais, ponte, medula e cerebelo) e músculo esquelético, respectivamente;
 5. Espécimes de qualquer outro órgão, mostrando aparente alteração macroscópica, podem ser encaminhados para investigação da etiologia viral.
- Devem ser coletados fragmentos de cada tecido com dimensões aproximadas de 1cm a 3cm.
 - Colocar em recipientes separados e devidamente identificados as amostras coletadas de órgãos diferentes.

Acondicionamento das amostras

a) Para diagnóstico viral

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

b) Para diagnóstico diferencial bacteriano

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

c) Para diagnóstico histopatológico

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

Envio de amostras e documentação necessária

- Resumo do histórico clínico;
- Cópia do laudo preliminar ou conclusivo da necropsia;
- Cópia de qualquer resultado laboratorial pertinente;
- Ficha completa de identificação do indivíduo com o endereço para envio do resultado laboratorial.

Nota 1: Todas as amostras de tecidos deverão ser encaminhadas seguindo as normas de acondicionamento e transporte de substâncias infecciosas da *Iata*.

Nota 2: Após o embarque da amostra, o Laboratório de Referência deverá ser informado do "número do conhecimento aéreo" para o monitoramento da recepção do material enviado.

2.5 TRATAMENTO COM ANTIVIRAL

O Oseltamivir deve ser utilizado em pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), cujo início dos sintomas tenha ocorrido no período de 48 horas, observando-se as recomendações do fabricante constantes na "bula" do medicamento. Também, a critério médico, o medicamento está indicado para tratar pacientes com síndrome gripal que sejam portadores de fatores de risco. Segundo a orientação do fabricante, o Oseltamivir deve ser usado durante a gravidez somente se o benefício justificar o risco potencial para o feto.

2.5.1 Indicação para tratamento

O tratamento com Oseltamivir está indicado a todos os indivíduos que apresentarem Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e fator de risco para agravamento, de acordo com a avaliação médica.

O Ministério da Saúde e a SES/RS reiteram que todos os indivíduos que compõem o grupo de risco ou que apresentem fatores de risco para complicações por influenza requerem, obrigatoriamente, avaliação e

monitoramento clínico constante de médico assistente, para indicação ou não de tratamento com Oseltamivir, além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas. De forma complementar, uma atenção especial deve ser dada às grávidas, independentemente do período de gestação.

O tratamento deve ser iniciado em até 48 horas do início dos sintomas. A dosagem específica para adultos e crianças pode ser consultada no Protocolo de Indicações para Uso de Oseltamivir, disponível na página da SES/RS www.saude.rs.gov.br, banner Influenza A H1N1.

O Ministério da Saúde e a SES/RS alertam que as indicações de uso do Oseltamivir contidas neste protocolo se baseiam: na bula do medicamento, conforme seu registro na Anvisa; nas recomendações da OMS; na evidência científica robusta relacionada ao uso racional do medicamento (uso terapêutico e prevenção de resistência medicamentosa) na gripe sazonal; e nas evidências disponíveis, até o momento, para o vírus pandêmico A(H1N1)2009.

Em casos de resistência ao Oseltamivir, deve-se usar o Zanamivir, medicamento inibidor da neuraminidase, administrado por via inalatória. A dosagem específica para adultos e crianças pode ser consultada no Protocolo de Indicações para uso do Oseltamivir. Está contraindicado para pessoas com pneumopatias crônicas, devido ao risco de provocar broncoespasmo, e não é aprovado para uso em crianças com menos de sete anos de idade.

2.5.2 Quimioprofilaxia

Está recomendada a profilaxia com Oseltamivir **apenas** nas seguintes situações:

- Aos profissionais de laboratório que tenham manipulado amostras clínicas que contenham o vírus Influenza pandêmico A(H1N1)2009 sem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) ou que utilizaram de maneira inadequada;
- Aos trabalhadores de saúde que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou na manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção pela influenza pandêmica A (H1N1)2009 sem o uso de EPI ou que utilizaram EPI de maneira inadequada.

O contato deve ter ocorrido durante o período de transmissibilidade do caso suspeito ou confirmado e a quimioprofilaxia deve ser iniciada em até 48 horas após a exposição. Depois desse período, não há evidência de resultado efetivo desta medida, devendo apenas manter o monitoramento do indivíduo exposto quanto ao aparecimento de sintomas da doença. Neste caso, fica sob responsabilidade do médico a decisão de iniciar o tratamento deste caso, conforme recomendações contidas no Protocolo de Indicações para Uso de Oseltamivir.

A dosagem recomendada para casos de quimioprofilaxia é de 75mg uma vez ao dia, durante 10 (dez) dias após a exposição.

2.5.3 Informações adicionais

Os pacientes que desenvolvem efeitos colaterais gastrointestinais graves podem reduzir a absorção oral do Oseltamivir. Porém, atualmente, não há nenhuma evidência científica capaz de sugerir o aumento da dose ou do tempo de utilização do antiviral, nesta situação. Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, pode ser administrada uma dose adicional, conforme esquema anterior.

Importante:

A notificação de eventos adversos ao medicamento deve ser feita à Anvisa por meio do endereço eletrônico anvisa@saude.gov.br. Maiores informações acesse www.anvisa.gov.br.

3. DETECÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE SÍNDROME GRIPAL

3.1 DEFINIÇÕES

3.1.1 Caso de Síndrome Gripal – SG

Para efeito da vigilância da influenza, a síndrome gripal (SG) é definida como **“indivíduo com doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos”**, e abrange as seguintes infecções respiratórias agudas com seus respectivos CID (Quadro 1):

Quadro 1: Infecções respiratórias aguda e CID 10

C-10 AGRAVO

J00 Nasofaringite aguda (resfriado comum)

J02.9 Faringite aguda não especificada

J03.9 Amigdalite aguda não especificada

J04.0 Laringite aguda

J04.1 Traqueíte aguda

J04.2 Laringotraqueíte aguda

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

Será considerado como surto de síndrome gripal a ocorrência de pelo menos 3 (três) casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até 7 (sete) dias entre as datas de início de sintomas dos casos.

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 empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros.

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

2.1.6 Critério de confirmação para surto de SG por influenza

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).

2.1.7 Critério de descarte de surto de SG por influenza

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

A identificação inicial de um surto geralmente é feita por profissionais de saúde, ao observarem um aumento da demanda, em unidades de atenção básica ou hospitalar mediante o atendimento de casos.

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

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

3.2 NOTIFICAÇÃO

3.2.1 Notificação Imediata

- Surto de Síndrome Gripal deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto no **Sinan NET**, assinalando no campo "Código do Agravado/Doença" o CID J06.

Observações:

- Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave (SRAG) e forem hospitalizados, de acordo com a definição de caso de SRAG hospitalizado, deverão ser notificados individualmente no **Sinan online Influenza**;

3.2.2 Preenchimento da Ficha de Investigação de casos de Síndrome Gripal identificados a partir da ocorrência de surto

- Os casos de Síndrome Gripal identificados a partir da investigação de um surto serão registrados de forma agregada no **Sinan NET** – no módulo *Surto*.
- Deverá ser preenchida a ficha de investigação completa para os casos de Síndrome Gripal pertencentes a um surto no qual houve coleta de amostra.
- Para efeito operacional, diante da ocorrência de Surtos de Síndrome Gripal serão considerados na cadeia de transmissão apenas os casos identificados no

momento da investigação, não sendo necessária a inclusão dos demais casos identificados posteriormente, mesmo que tenham vínculo epidemiológico.

- **Síndrome gripal com fatores de risco para as complicações:** após avaliação médica, se o contato apresentar síndrome gripal e possuir algum fator de risco para complicações seguir as orientações contidas no Protocolo de Manejo Clínico. Não é necessário notificar o caso.
- **Síndrome gripal sem fator de risco:** após avaliação médica, se o contato apresentar sinais e sintomas apenas de síndrome gripal, orientar para evitar locais com aglomerações de pessoas e, se possível, permanecer no domicílio enquanto durar os sintomas respiratórios. Não é necessário notificar o caso.

3.3 ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

3.3.1 Caracterização

Para caracterizar e descrever o evento, a autoridade de saúde local deverá verificar se a notificação do surto corresponde à definição padronizada, devendo registrar:

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

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

3.4 COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS

3.5.1 Coleta de amostras clínicas em situação de surto

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

Na ocorrência de caso de SRAG que demande hospitalização para este caso deverão ser seguidas as orientações acima descritas referentes à notificação e investigação de caso de SRAG.

- O LACEN/RS realizará a técnica de **Imunofluorescência Indireta (IFI)** e **RT-PCR** para as amostras **dos casos referentes ao surto de SG**
- Indicações quanto à técnica de coleta, acondicionamento e transporte das amostras ver item 2.4.1 e 2.4.2 referente à coleta de amostras clínicas.

3.5 CONTROLE DE SURTOS EM COMUNIDADES FECHADAS/RESTRITAS

Em estabelecimentos tais como: de ensino, creches, ambientes de trabalho, empresas, indústrias, asilos, quartéis e ambientes prisionais, quando a investigação epidemiológica identificar a ocorrência de surtos de SG com vínculo epidemiológico (temporal e espacial), devem ser adotadas pela Vigilância em Saúde local as medidas de controle baseadas em intervenções não farmacológicas.

Essas medidas visam reduzir o risco de transmissão na população que podem incluir a suspensão temporária de atividades. Para indicar esta ação deve-se considerar:

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

3.6 TRATAMENTO DE CASOS EM SITUAÇÃO DE SURTO

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

4. TELEFONES E LINKS ÚTEIS

Informações à população e aos profissionais de saúde

DISQUE-VIGILÂNCIA 150

• **Notificação de emergências**

CIEVS/RS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde/RS
notifica@saude.rs.gov.br

• **Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS/SES-RS**

Divisão de Vigilância Epidemiológica
www.saude.rs.gov.br banner Influenza A H1N1
Fone: (51) 3901-1157
(51) 8501-6872

- **Ministério da Saúde:** www.saude.gov.br
Secretaria de Vigilância em Saúde: www.saude.gov.br/svs
Anvisa: www.anvisa.gov.br
Endereços com informações específicas
- Portal do Ministério da Saúde com informações sobre influenza:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534
- Informações da Anvisa aos viajantes:
<http://anvisa.gov.br/viajante>
- Plano de Preparação para o Enfrentamento da Pandemia de Influenza:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_flu_final.pdf
- Publicações e materiais sobre o tema se encontram no seguinte endereço eletrônico:
<http://anvisa.gov.br/servicosade/controle/publicacoes.htm>