

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-HNSC NORMAS E ROTINAS TÉCNICO-OPERACIONAIS – CIH/HNSC/GHC

NRTO 01/2006 - CIH/HNSC

Atualização 30 de Abril de 2009

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O RISCO DE PANDEMIA DE INFLUENZA A H1N1 - GRIPE SUÍNA

Atendimento de Pacientes com uma nova cepa de Influenza

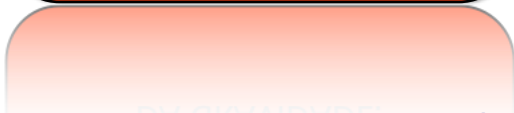
Controle de Infecção Hospitalar-HNSC

-
- I – Introdução
 - II - Aspectos clínicos / definições
 - III - Epidemiologia
 - IV – Normas de biossegurança
 - V – Isolamento
 - VI – Diagnóstico laboratorial
 - VII – Transporte de paciente
 - VIII – Processamento de roupas
 - IX – Higienização
 - X - Nutrição
 - XI- Radiologia
 - XII - Laboratório e demais SADTs
 - XIII – Eficácia da vacina contra *influenza*
 - XIV – Profilaxia
 - XV – Definição de caso suspeito
 - XVI – Fluxograma do manejo clínico do paciente com suspeita de influenza A H1N1 - Gripe Suína
 - XVII - Conclusão
 - XVIII - Referências bibliográficas
 - Anexos



ATENÇÃO:

**POR DETERMINAÇÃO DA SMS
O CASO ÍNDICE DEVE SER
INTERNADO INDEPENDENTE
DA GRAVIDADE.**



I – INTRODUÇÃO

Pandemias de *influenza* já causaram graves danos à humanidade. Atualmente há uma preocupação global com a possibilidade de surgimento de um novo sub-tipo pandêmico do vírus influenza. Não é possível prever quando e com qual frequência acontecerão as próximas pandemias e nem as conseqüências exatas à saúde pública mundial.

Os países reunidos na Assembléia Mundial da Saúde de 2003 aprovaram uma resolução incentivando que todos elaborassem planos de preparação para enfrentar uma possível pandemia de *influenza*. O plano de preparação brasileiro foi elaborado pelo Comitê Brasileiro de Preparação do Plano de Contingência para uma Pandemia de *Influenza* (Portaria nº 36, de 22/12/03 publicada em 23/12/03). Este Plano tem por objetivo principal orientar as ações e atividades necessárias para impedir, ou, no mínimo, retardar a introdução da cepa pandêmica no Brasil e minimizar o impacto na saúde da população.

A ameaça de uma pandemia, com suas repercussões sociais, econômicas e de ordem pública obriga os países a estar em alerta e a desenvolver planos de preparação que indiquem como atuar em situações de emergência.

Partindo-se do pressuposto que uma cepa pandêmica seja nova para a população humana admite-se que o espectro clínico no caso de uma epidemia dessa magnitude seja grave, resultando em formas mais graves da doença.

O HNSC é considerado hospital de referência para o atendimento de pacientes com suspeita de infecção por nova cepa de *Influenza* e portanto, deve estar preparado para receber casos suspeitos desta doença. O objetivo desta norma técnica é orientar os profissionais de saúde para o atendimento adequado e seguro.

II – ASPECTOS CLÍNICOS / DEFINIÇÕES

Síndrome gripal caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas respiratórios, de origem infecciosa ou não, decorrente do comprometimento das vias aéreas superiores e/ou inferiores. Para estabelecer o diagnóstico, muitas vezes, é possível somente pela análise laboratorial, buscando o agente etiológico para implementar o tratamento e as medidas de controle adequadas. A síndrome gripal pode se apresentar como:

- Influenza (FLU) ou gripe: é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, causada pelo vírus influenza, de distribuição global e elevada transmissibilidade. A doença inicia-se com a instalação abrupta de febre alta, em geral acima de 38°C, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, dor de cabeça e tosse seca. A febre dura em torno de três dias. Com a sua progressão, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantêm-se em geral por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. Pode apresentar ainda olhos hiperemiados e lacrimejantes.
- Resfriado: caracteriza-se pela presença de sintomas relacionados ao comprometimento das vias aéreas superiores, como congestão nasal, rinorréia, tosse, rouquidão, febre variável.

Podem ocorrer mal estar, mialgia, cefaléia. O quadro geralmente é brando, de evolução benigna (2 a 4 dias) mas podem ocorrer complicações como otites, sinusites e bronquites, e quadros graves, de acordo com o agente etiológico em questão. Tem como principal agente causal os Rhinovirus (mais de 100 sorotipos), embora também seja causado por outros vírus.

- Outros agentes infecciosos – como *Clamidia pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus sp*, podem acarretar sintomas respiratórios que simulam o quadro de resfriado, porém menos freqüentes.
- Agravos não infecciosos – uma série de condições apresentam os principais sintomas de resfriado: rinite alérgica, polipose nasal, rinite atrófica, alterações do septo nasal e a presença de corpo estranho em cavidade nasal.

Os vírus *influenza* são subdivididos nos tipos A, B e C, com perfis antigênicos distintos. Os vírus *influenza A* é mais susceptível a variações antigênicas, contribuindo assim para a existência de diversos subtipos, sendo então responsável pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe. O vírus *influenza B* sofrem menos variações antigênicas e, por isso, estão associados com epidemias mais localizadas. O vírus *influenza C* são antigenicamente estáveis, provocam doença subclínica e não ocasionam epidemias, sendo assim, merecem menos destaque em saúde pública. Os vírus do tipo B ocorrem exclusivamente em humanos, os do tipo C em humanos e suínos, enquanto os do tipo A em humanos, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e em aves.

III – EPIDEMIOLOGIA

No século XX ocorreram quatro pandemias de *influenza*: a Gripe Espanhola (1918), a Gripe Asiática (1957), a Gripe de Hong Kong (1968) e a Gripe Russa (1977). Em março de 2009 foi identificado uma nova variante na Califórnia (EUA), o *influenza A H1N1* o vírus da gripe suína.

➤ Transmissibilidade:

O vírus da *influenza* é transmitido de pessoa a pessoa principalmente por grandes gotículas (> 5 µm) geradas quando alguém infectado tosse, espirra ou fala. Na transmissão por gotículas estas não permanecem suspensas no ar, mas percorrem uma distância pequena (geralmente 1 metro ou menos) e se depositam diretamente na conjuntiva ou nas mucosas nasal ou oral de uma pessoa susceptível. Este tipo de transmissão requer contato próximo de pessoa a pessoa.

O vírus da *influenza* também pode ser transmitido pelo contato direto, que ocorre quando a pele contaminada com secreções respiratórias contendo o vírus faz contato direto com a pele de outra pessoa seguido do contato e inoculação de conjuntiva ou mucosa nasal ou oral. É possível ainda a transmissão por contato indireto, que ocorre quando uma pessoa susceptível toca um ambiente ou objeto contaminado com o vírus e a seguir toca e inocula sua conjuntiva ou mucosa nasal ou oral.

A importância da via aérea na transmissão da *influenza* é incerta e não pode ser descartada. Ela ocorre quando pequenas partículas residuais de gotículas evaporadas (<5 µm) ou partículas de poeira contendo vírus permanecem suspensos no ar durante longos períodos de tempo.

Período de transmissibilidade: o indivíduo infectado pode transmitir vírus entre dois (2) dias antes de início dos sintomas até cinco (5) dias após os mesmos. A transmissibilidade pode aumentar de acordo com a gravidade da doença e elevação da temperatura. O período de transmissibilidade pode ser encurtado em pacientes submetidos a terapia antiviral e aumentado em crianças e imunossuprimidos. Como 50 % das infecções por influenza são assintomáticas, indivíduos infectados podem transmitir o vírus mesmo na ausência de sintomas.

A sobrevivência do vírus da *influenza* fora do organismo é em média 24 a 48 h em superfícies duras e não porosas, 8 a 12 h em roupas, papéis e tecidos, e 5 minutos nas mãos (CANADIAN PLAN E INFECTION CONTROL GUIDANCE: PANDEMIC INFLUENZA RESPONSE – INGLATERRA).

➤ **Incubação:**

Aparentemente o período de incubação para gripe suína é de 1 a 4 dias.

IV – NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

Estas normas devem ser seguidas na abordagem de pacientes suspeitos ou confirmados e na manipulação de espécimes clínicos procedentes desses casos.

Devem utilizar EPIs (Equipamento de Proteção Individual):

- todos os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente;
- toda a equipe de suporte, incluindo pessoal de limpeza;
- todos os profissionais de laboratório, durante a manipulação de amostra de paciente com *influenza*;
- todos os profissionais do CME durante a manipulação de artigos provenientes de paciente com *influenza*;
- familiares e visitantes.

Considerando a incerteza quanto às possíveis formas de transmissão de uma nova cepa de *influenza* entre humanos, faz-se prudente também a adoção de cuidados para transmissão por aerossóis. Desta forma recomenda-se a adoção das precauções padrão + contato + aerossóis. Assim, os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) recomendados são:

- Avental descartável, impermeável, com mangas compridas, com abertura posterior, gramatura 50 g/m² serve para proteger a pele e evitar sujar a roupa durante procedimentos onde é possível a geração de respingos de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções. O avental deve ser apropriado para a atividade e quantidade de fluido possivelmente envolvida. Ao retirar o avental, proceder a higienização das mãos.

- Luvas de látex descartáveis, de uso único, não estéreis. Devem ser utilizadas na assistência a pacientes com influenza para evitar o contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e mucosas ou pele não íntegra. Retirar as luvas imediatamente após o seu uso, antes de tocar em artigos e superfícies não contaminadas e antes de encaminhar para a assistência de outro paciente. Lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

- Máscara com alto poder de filtração (N95/PFF2). O profissional de saúde deverá utilizá-la:

- ao entrar no quarto com paciente com diagnóstico ou suspeita de influenza
- quando estiver trabalhando a distância inferior a um metro do paciente
- ao atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol. Ex.: entubação, broncoscopia, coleta de espécime clínico para o diagnóstico etiológico da *influenza*.

- Gorro.

Deve ser utilizado em situações de risco de geração de aerossol.

- Óculos.

Em procedimentos com risco de geração de aerossol e ao se aproximar a distância inferior a um metro do paciente.

Tempo de duração das medidas de precaução e isolamento respiratório:

- Pacientes > 12 anos de idade: devem ser adotadas desde a admissão (incluindo transporte para hospital) e continuadas até 7 dias após a resolução da febre;
- Pacientes < 12 anos de idade: devem ser adotadas desde a admissão (incluindo transporte para hospital) e continuadas até 21 dias (o vírus da influenza pode ser transmitido por até 21 dias no caso de crianças jovens – Douglas, 1975 In: E. D. Kilbourne) após a resolução da doença. Quando isto não for possível a família deve ser orientada quanto à higiene pessoal e medidas de controle de infecção (ex.: higienização de mãos e uso de máscaras por criança que ainda esteja tossindo).
- Os fluxogramas para paramentação e desparamentação dos profissionais que atenderão aos pacientes estão no final desta NT como anexos 1 e 2.

V – ISOLAMENTO

Como hospital de referência para pacientes com sintomas respiratórios compatíveis com *influenza* procedentes de países afetados, o isolamento respiratório com sistema de ventilação com pressão negativa mínimo 12 trocas de ar por hora e filtro HEPA, é o indicado para receber estes pacientes. No HNSC, o quarto com ante-sala e que está sendo preparado com característica de filtragem do ar é o leito 3111, localizado no Posto 3º C.

Os pacientes com suspeita de *influenza* devem ficar em isolamento por aerossóis até que seja descartado o diagnóstico de *influenza* ou até o término do período de transmissibilidade. Em pacientes maiores de 12 anos de idade as medidas de precaução e isolamento devem ser adotadas desde a admissão (incluindo o transporte para o serviço de referência) e continuados até 7 dias após a resolução da febre.

O paciente será trazido de carro ou ambulância pela entrada do estacionamento principal, passando pelo estacionamento interno até a área atrás da capela ecumênica, que dá acesso ao elevador do bloco B, chegando ao quarto 3111.

Os fluxogramas dos pacientes que chegam ao hospital com suspeita de nova cepa de *influenza* estão descritos no final desta NT como anexo nº 3 e 4.

VI – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os procedimentos apropriados de coleta, transporte, processamento e armazenamento de espécimes clínicos são de fundamental importância no diagnóstico da infecção viral. O espécime preferencial para o diagnóstico laboratorial é a secreção de nasofaringe obtida por meio de aspirado de nasofaringe com o auxílio de um coletor descartável.

Estas amostras devem ser coletadas preferencialmente até o quinto dia do início dos sintomas e transportadas em gelo reciclável até o laboratório para o devido processamento, e não podem ser congeladas.

- Materiais necessários:

- sistema de aspiração
- coletor plástico descartável de secreções (volume 20 CC) adaptado com sonda (nº 642)
- meio de transporte viral
- tubos descartáveis com tampa de rosca

- Técnica do Aspirado de Nasofaringe (ANF)

A coleta de ANF é um processo indolor podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. Coletores de muco plásticos descartáveis ou equipo de soro acoplado a uma sonda são preferencialmente recomendados para obtenção do espécime. A sonda recomendada é a uretral nº 6 com apenas um orifício na ponta. A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil, ou vácuo de parede. Não utilizar uma pressão de vácuo muito forte.

Durante a coleta, a sonda é inserida através da narina até atingir a região da nasofaringe quando então o vácuo é aplicado aspirando à secreção para o interior do coletor ou equipo (Fig. 1) O vácuo deve ser colocado após a sonda localizar-se na nasofaringe, uma vez que se no momento da introdução da sonda houver o vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa. Este procedimento deve ser realizado em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa provocando sangramento. Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 ml, de ANF. A quantidade de secreção a ser colhida dependerá da etiologia da IRA, fase evolutiva do quadro clínico e do grau e hidratação do paciente. Pacientes febris apresentam secreção espessa. Após nebulização com soro fisiológico a secreção é mais fluída e abundante. Consequentemente, mais fácil de ser obtida. Não insistir se a coleta não alcançar o volume desejado (\pm 1 ml) pois poderá ocasionar lesão da mucosa.

Uma vez coletado, o ANF deverá ser encaminhado ao laboratório individualizado em saco plástico, lacrado e identificado adequadamente, contendo o nome do paciente; a natureza do espécime; a data de coleta e a ficha clínica do paciente.

A FICHA DE INFORMAÇÕES CLÍNICA E LABORATORIAL QUE ACOMPANHA O KIT DO ASPIRADO NASOFARÍNGEO DEVE SER PREENCHIDA PELO MÉDICO.

A FICHA DE NOTIFICAÇÃO A SECRETARIA DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE SERÁ PREENCHIDA PELO NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA.

НОСПИТАГЪВЪТЪ НА ЕПИДЕМИОЛОГИЯ
ПЪРВЕИЧНАТА БЪГО ИНОСТРО
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕТОЗЪКЪ

Figura 1. Aspirado de Nasofaringe



VII – TRANSPORTE DE PACIENTES

O transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de influenza deve ser evitado. Se a saída do paciente de seu quarto for inevitável, utilizar máscara com alto poder de filtração (N95/PFF2) no paciente.

Quando houver contato do paciente com superfícies, elas devem ser limpas após a realização do transporte. Por exemplo, se o paciente foi transportado em ambulância, suas partes internas devem ser limpas e desinfetadas com álcool a 70º GL.

VIII – PROCESSAMENTO DE ROUPAS

- Após retirada do leito do paciente, a roupa precisa ser imediatamente colocada em saco plástico, onde deve permanecer até a sua chegada à lavanderia.
- Na retirada da roupa não deve haver agitação nem separação e recomenda-se transportar a roupa dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade.
- Os sacos plásticos utilizados para a coleta das roupas são uso único, e estes devem apresentar uma qualidade suficiente para suportar o peso da roupa, inclusive se esta estiver molhada ou úmida, prevenindo vazamento de líquidos.
- Os sacos deverão ser fechados de forma a impedir sua abertura durante o transporte; deve-se ter o cuidado para que não exceda a sua capacidade.
- A coleta deve ser realizada em horário preestabelecido e a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.
- Para a operação de coleta, o servidor deverá estar adequadamente paramentado com luvas de cano longo de borracha, óculos, máscara e avental impermeável.
- Os carros utilizados para transporte de roupa suja devem ser exclusivos e fechados. Os carros para transporte de roupa limpa também devem ser exclusivos para esta finalidade e também fechados. Todos devem ser limpos e desinfetados diariamente com germicidas.

- As roupas provenientes das enfermarias de isolamento para pacientes com *influenza* suspeita ou confirmada não devem ser separadas ou pesadas, sendo colocadas diretamente na máquina de lavagem. Este procedimento evita o manuseio de roupas que possam ter secreções contaminadas. Encaminhar ao reprocessamento de roupas em saco plástico fechado dentro de saco de *hamper* (de tecido) rotulado como "ISOLAMENTO".
- Os funcionários da recepção da roupa suja devem ser exclusivos a esta área e utilizar EPIs adequados (avental, luvas de borracha, gorro, botas de borracha, máscara e óculos de proteção).

IX – HIGIENIZAÇÃO

- O funcionário deverá utilizar EPIs conforme descrito no capítulo IV Normas de Biossegurança e nos fluxogramas (anexos 1 e 2);
- O material deverá sofrer desinfecção ao sair do quarto (baldes, panos, luvas de borracha);
- Deixar preferencialmente o quarto deste paciente por último.

X - NUTRIÇÃO

- A entrega e retirada dos alimentos para o paciente, deverá ser realizada pela equipe de enfermagem;
- Os alimentos deverão ser retirados dos quartos em saco plástico preto;
- O saco plástico deverá ficar na ante-sala até a retirada pela equipe da nutrição.

XI – RADIOLOGIA

- Deverá ser evitado que o paciente seja transportado até o Serviço de Radiologia. Sempre que possível utilizar o aparelho de RX portátil que deverá ser limpo/desinfetado com álcool 70% em todas as suas superfícies ao deixar o quarto, (pano limpo embebido em álcool a 70% sob fricção mecânica). Para entrar no quarto o técnico de Radiologia deverá utilizar os EPIs: avental, máscara N95 e luva de procedimentos. Retirá-los ao deixar o quarto e lavar as mãos. Calçar nova luva de procedimentos para realizar a desinfecção do aparelho portátil.
- Se imprescindível que o paciente seja transportado até o RX, o mesmo deverá utilizar máscara N95 e não deve esperar pelo atendimento no setor. Levá-lo diretamente para a sala onde será realizado o exame. Esta sala deverá ser submetida à limpeza terminal após a saída do paciente, antes da entrada de outro paciente.

XII – LABORATÓRIO E DEMAIS SADTs

- Sempre que possível a coleta de exames deverá ser realizada pela equipe assistente (enfermagem/médico/fisioterapia). Quando houver indicação de entrada de qualquer outro profissional no quarto, o mesmo deverá ser orientado pela equipe assistente quanto ao uso adequado dos EPIs e retirada dos mesmos, bem como higienização de mãos.

XIII - EFICÁCIA DA VACINA CONTRA INFLUENZA

Em adultos saudáveis, a detecção de anticorpos protetores se dá entre uma e duas semanas após a vacinação. O pico máximo ocorre após 4 a 6 semanas. É importante observar que a vacina não previne a doença em 100 % dos indivíduos vacinados. Muitos indivíduos podem contrair a doença por outras cepas e outros vírus respiratórios podendo passar uma falsa impressão de que a vacina não deu resposta. No entanto, a maior importância da vacina está em poder reduzir o risco das sérias complicações advindas da *influenza*, como as pneumonias.

A proteção proporcionada pela vacina está entre 67 % a 92 % das pessoas saudáveis com idade menor que 65 anos, dependendo da semelhança entre as cepas contidas na vacina e o vírus selvagem circulante. A efetividade da vacina contra influenza depende principalmente da idade e imunocompetência do receptor da vacina. Mesmo quando eventualmente a vacina não apresente proteção máxima na prevenção, vários estudos demonstram seu impacto na redução e frequência do número e complicações, hospitalizações e óbitos.

XIV – PROFILAXIA

O Oseltamivir é a droga preconizada pelo Brasil para tratamento e profilaxia dos contatos com casos confirmados de Influenza. Este medicamento reduz a incubação do vírus e diminui a duração da doença em aproximadamente um dia se administrado dentro de 48 h desde o início da doença.

Esquema posológico para profilaxia:

- Adultos – dose de 75 mg 1 vez ao dia, durante 10 dias.
- Crianças – vide dose abaixo relacionada. O esquema da profilaxia consiste na metade da dose diária para tratamento, durante 10 dias.

Peso/Kg	Doses recomendadas para 10 dias
15 kg	30 mg 1 vez ao dia
15 a 23 Kg	45 mg 1 vez ao dia
23 a 40 Kg	60 mg 1 vez ao dia
40 Kg	75 mg 1 vez ao dia

Esquema posológico para tratamento:

- Adultos – dose de 75 mg 2 vezes ao dia, durante 5 dias.
- Crianças – a dose é calculada com base no peso corporal, conforme tabela a seguir:

Peso/Kg	Doses recomendadas para 10 dias
15 kg	30 mg 2 vezes ao dia
15 a 23 Kg	45 mg 2 vezes ao dia
23 a 40 Kg	60 mg 2 vezes ao dia
40 Kg	75 mg 2 vezes ao dia

XV – DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:

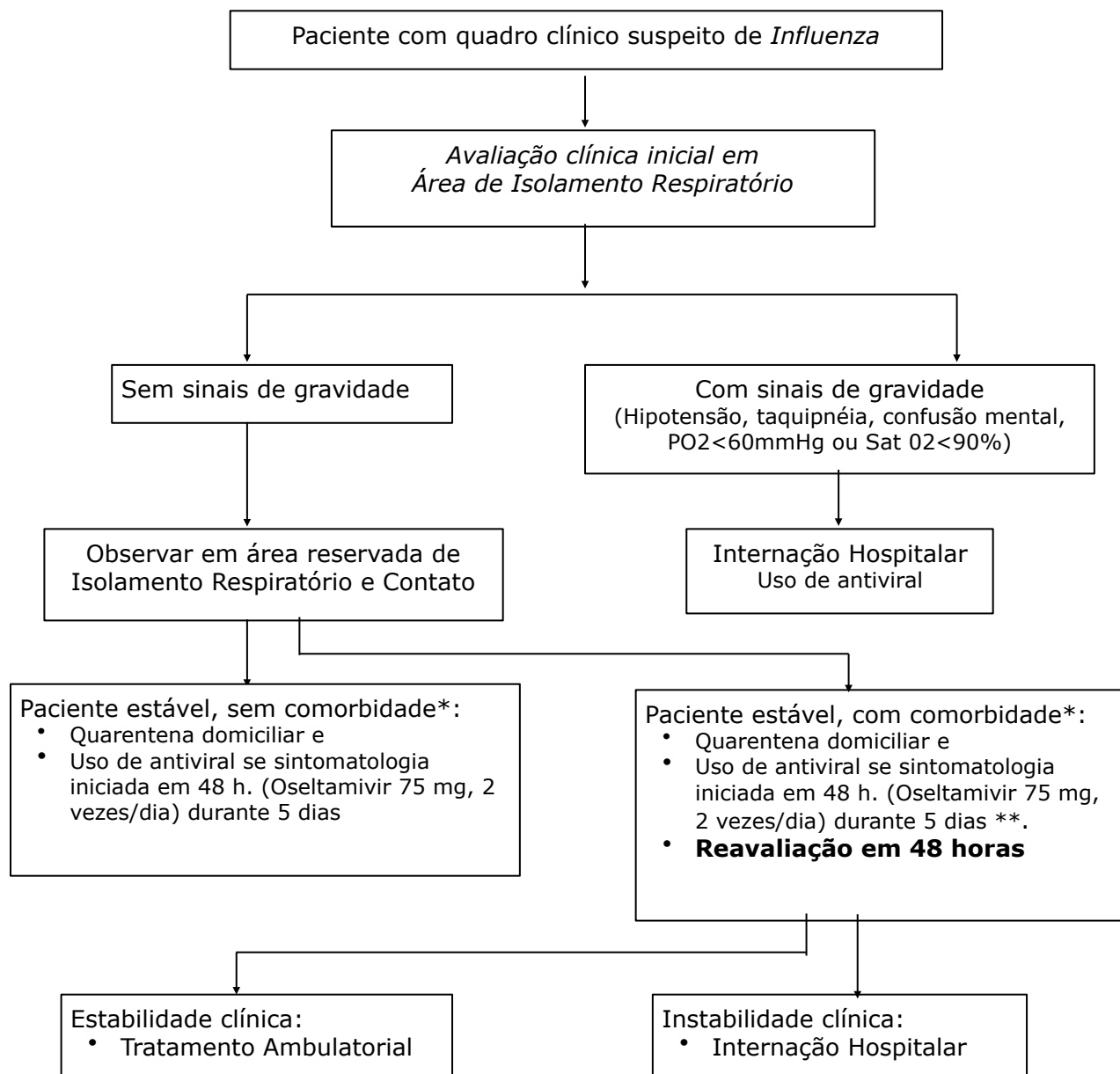
Caso Suspeito de gripe suína – influenza A H1N1: (será adaptado na medida em que a OMS redefinir o cenário epidemiológico).

Indivíduo com febre elevada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) + tosse e ter frequentado local de risco nos últimos 10 dias.

O vírus Influenza A H1N1 foi descoberto recentemente e muito de suas características ainda estão sendo estudadas.

XVI - FLUXOGRAMA DO MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE INFLUENZA

(Consultório, Ambulatório, Hospitais, Emergência)



* Comorbidades: Idade > 60 anos, Diabetes Mellitus, Doença crônica pulmonar (DPOC, asma; fibrose cística). Doença cardíco-vascular (insuficiência cardíaca congestiva). Doença hepática. Insuficiência renal crônica. Imunossupressão (uso de drogas: HIV; transplantados). Portadores de doenças hematológicas. Uso crônico de ácido acetilsalicílico.

** Conforme Secretaria Municipal de Saúde.

XVII – CONCLUSÃO

A *influenza* ou gripe é uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório, que pode ser provocada por um dos três tipos do vírus *influenza*, denominados A, B ou C. Além dos seres humanos, este vírus também pode ser encontrado em outras espécies animais como aves, porcos, eqüinos, etc.

Os dois primeiros tipos, e em particular os vírus influenza A, devido à pequenas mutações periódicas na estrutura do seu genoma, têm a capacidade de gerar novas cepas que vão produzir novos casos de doença na população. Este fenômeno é o que explica a ocorrência de surtos ou epidemias anuais da doença. Periodicamente as mutações podem produzir uma cepa completamente nova, para qual toda a população é susceptível, gerando condições para a ocorrência de uma pandemia.

Na Assembléia Mundial de Saúde, em 2003, foi acordado que todos os países elaborassem plano de preparação para enfrentar uma provável epidemia de influenza, que parece iminente, embora sem previsão de início.

O HNSC, como hospital de referência para atendimento de pacientes com suspeita de infecção por uma nova cepa de influenza, deve estar preparado para prestar os cuidados, sem expor os demais pacientes, visitantes e funcionários. Para isto, os profissionais devem estar orientados quanto ao fluxo destes pacientes dentro da instituição, local de isolamento e cuidados pertinentes para a contenção da disseminação do vírus.

XVIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de contingência do Brasil para o enfrentamento de uma pandemia de Influenza. 1ª edição, Brasília. D.F., 2005.
- CDC. Information about Avian Influenza (Bird Flu) and Avian Influenza A (H5N1) Virus. 10/01/2006.
- Disponível em URL:<http://www.cdc.gov/flu/avian/professional/infect-control.htm>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Influenza aviária H5N1: Cronologia. 28/10/2005.
- Secretaria do Estado da Saúde do RS. Informações sobre a situação e proposta de vigilância aviária no Brasil e Rio Grande do Sul. Nota Técnica SVS/MS Influenza aviária 18/10/2005.
- Brasil, 2007. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Capacitação de Influenza para profissionais dos hospitais de referência. Florianópolis/SC. 20 a 23/08/2007.
- <http://www.who.int/en/>

Controle de Infecção Hospitalar HNSC

ANEXOS

ANEXO 1

OS PASSOS PARA PARAMENTAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE NOVA CEPA DE INFLUENZA

1. ENTRADA NA ANTE-SALA
2. USAR ÁLCOOL GEL OU LAVAR AS MÃOS
3. VESTIR GORRO
4. VESTIR AVENTAL
5. VESTIR ÓCULOS (se necessário)
6. VESTIR MÁSCARA N 95/PFF2
7. ENTRAR NO QUARTO
8. VESTIR LUVAS
9. REALIZAR O PROCEDIMENTO

9. REALIZAR O PROCEDIMENTO

ANEXO 2

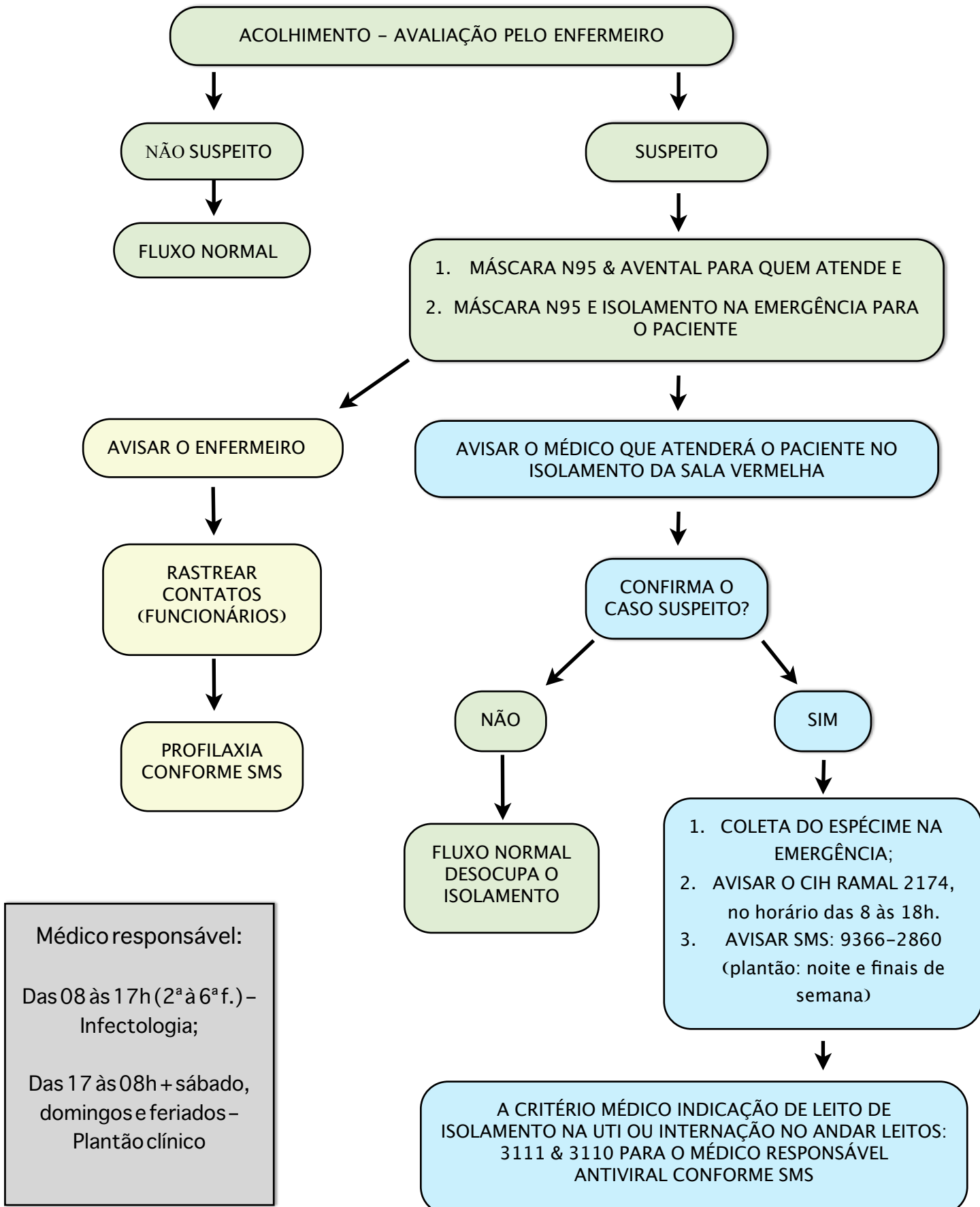
OS PASSOS PARA DESPARAMENTAÇÃO AO SAIR DO QUARTO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE NOVA CEPAS DE INFLUENZA

1. PÓS PROCEDIMENTO NO QUARTO
2. DESPREZAR LUVAS
3. DIRIGIR-SE À ANTE-SALA
4. LAVAR AS MÃOS
5. RETIRAR MÁSCARA N 95/PFF2
6. RETIRAR ÓCULOS (se necessário)
7. DESPREZAR AVENTAL (no lixo da ante-sala)
8. DESPREZAR GORRO (no lixo da ante-sala)
9. USAR ÁLCOOL GEL OU LAVAR AS MÃOS ANTES DE SAIR DA ANTE-SALA

LAVAR AS MÃOS ANTES DE SAIR DA ANTE-SALA

ANEXO 3

**FLUXOGRAMA DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE NOVA CEPA DE INFLUENZA
ADMISSÃO VIA EMERGÊNCIA**



ANEXO 4

O FLUXOGRAMA DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE NOVA CEPA DE INFLUENZA Admissão via Unidade Móvel (SAMU ou Ambulância)

Hospital ao saber que receberá caso suspeito, deverá notificar vigilância (SMS) Fones: 3289-2471, 3289-2472 ou 9366-2860 (plantão 24h) antes da chegada do paciente.

1. AMBULÂNCIA
2. CORREDOR DA LAVANDERIA
3. ELEVADOR DA LAVANDERIA (SERVIÇO D)
4. QUARTO DE ISOLAMENTO (3111 & 3110)
5. MÉDICO RESPONSÁVEL
6. INTERNAÇÃO (BOLETIM PELO FUNCIONÁRIO DO POSTO)
7. COLETA DE ESPÉCIME NO ANDAR
8. TRATAMENTO CONFORME SMS

Médico responsável:

Das 08 às 17h (2^a à 6^a f.) –
Infectologia;

Das 17 às 08h + sábado,
domingos e feriados –
Plantão clínico

Plantão clínico
domingos e feriados –