



## PROTOCOLO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS DA INFLUENZA A

### 1. AGENTES ETIOLÓGICOS

#### 1.1 Vírus Influenza Sazonal

A influenza (gripe) é uma infecção viral que afeta principalmente nariz, garganta, brônquios e, ocasionalmente, os pulmões. O quadro clínico dura aproximadamente uma semana, sendo reconhecido por apresentar febre alta de início repentino, acompanhada por dores musculares, dor de cabeça, mal-estar intenso, tosse não produtiva e coriza.

O vírus influenza é transmitido principalmente de uma pessoa infectada para outra por meio de gotículas e pequenas partículas produzidas pela tosse, espirro ou durante a fala. Também pode ocorrer através do contato das mãos com superfícies contaminadas. Desde que foi implantada a vigilância de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), em 2009, observa-se que os vírus predominantes no Brasil são: Influenza A/H1 sazonal, Influenza A/H3 sazonal, Influenza A(H1N1) e o vírus Influenza B.<sup>1</sup>

#### 1.2 Características da influenza

O período de incubação dura de um a quatro dias.

A transmissibilidade em adultos ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e em até três dias após o final da febre. Nas crianças pode durar em média 10 dias e nos pacientes imunossuprimidos por mais tempo.

Infecção aguda das vias aéreas com ocorrência de quadro febril (temperatura  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), com a curva térmica usualmente declinando após o período de dois a três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução.

O aumento da temperatura corpórea é geralmente mais acentuado em crianças do que em adultos.



## PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

São sinais e sintomas comuns: o aparecimento súbito de calafrios, mal-estar, cefaléia, mialgia, dor de garganta, artralgia, prostração, rinorréia e tosse seca.

Podem estar presentes diarreia, vômito, fadiga, rouquidão e hiperemia conjuntival.

As queixas respiratórias tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre.

A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças.

A tosse, a fadiga e o mal-estar podem persistir pelo período de uma a duas semanas e até por mais de seis semanas.<sup>2</sup>

## 2. MANEJO CLÍNICO

Para assistência aos pacientes com suspeita da Influenza é necessária avaliação clínica criteriosa com a classificação de risco e o estabelecimento dos fluxos de referência para os pacientes na rede assistencial. A maioria dos casos suspeitos será atendida na atenção primária.

A evolução usual da influenza é a resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações.

### Quadro 1 - Fatores de risco para complicações e sinais de agravamento

<b>Fatores de risco para complicações</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);</li><li>✓ Indivíduos que apresentem:<ul style="list-style-type: none"><li>- Pneumopatias (incluindo asma);</li><li>- Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);</li></ul></li></ul>
---	--



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nefropatias;</li><li>- Hepatopatias;</li><li>- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);</li><li>- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus descompensado);</li><li>- Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, AVC ou doenças neuromusculares);</li><li>- Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana);</li><li>- Obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC <math>\geq 40</math>);</li><li>✓ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado com ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye);</li><li>✓ Adultos <math>\geq 60</math> anos;</li><li>✓ Crianças <math>&lt; 2</math> anos;</li><li>✓ População indígena aldeada.</li></ul>
<p>Sinais de agravamento sem indicação de terapia intensiva*</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aparecimento de dispnéia ou taquipnéia ou hipoxemia (saturação de <math>O_2 &lt; 94\%</math> e <math>\geq 90\%</math>);</li><li>✓ Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana);</li><li>✓ Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica;</li><li>✓ Exacerbação de doença cardíaca pré-existente;</li></ul>



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Miosite comprovada por exames laboratoriais;</li><li>✓ Alteração do sensório;</li> <li>✓ Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;</li><li>✓ Desidratação;</li><li>✓ Alterações na radiografia de tórax:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Infiltrado intersticial localizado;</li><li>▪ Infiltrado difuso;</li><li>▪ Presença de área de condensação;</li></ul></li> <li>✓ Alterações no hemograma: leucocitose ou leucopenia ou neutrofilia.</li></ul>
Sinais de agravamento com indicação de terapia intensiva*	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Instabilidade hemodinâmica;</li><li>✓ Sinais e sintomas de insuficiência respiratória;</li><li>✓ Comprometimento pulmonar ao exame radiológico;</li><li>✓ Hipoxemia, com necessidade de suplementação de oxigênio acima de 3 l/min. para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%;</li><li>✓ Relação <math>PO_2/FiO_2</math> abaixo de 300, caracterizando a lesão pulmonar aguda;</li><li>✓ Necessidade de atendimento fisioterápico contínuo;</li><li>✓ Alterações Clínicas e laboratoriais:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alteração do nível de consciência.</li><li>▪ Elevação significativa de desidrogenase láctica (DHL) e,</li><li>▪ Elevação significativa de creatinofosfoquinase (CPK);</li><li>▪ Alteração da função renal.</li></ul></li></ul>

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



### 3. MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE<sup>3</sup>

Todos os profissionais de saúde devem ser vacinados durante a campanha de vacinação para influenza, evitando assim o risco de transmissão da influenza ao cuidar de pacientes, principalmente aqueles que apresentam fatores de risco para complicação. Também deve proceder a lavagem das mãos, antes e após o atendimento de cada paciente, além de evitar tocar superfícies com luvas ou outro equipamento de proteção individual contaminado. **Não circular dentro do hospital usando os EPI's; estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento.**

### 4. Indicações de Utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI

- Utilizar máscara cirúrgica descartável no atendimento a pacientes suspeitos.
- Utilizar máscara de proteção respiratória (respirador particulado ou N95): caso realize procedimento causador de aerossol, como aspiração de secreções respiratórias, broncoscopia e/ou intubação endotraqueal, micronebulização e necropsia de pacientes suspeitos ou confirmados.
- Utilizar luvas descartáveis quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados.
- Utilizar protetor ocular ou protetor de face quando houver risco de exposição a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.
- Utilizar gorro descartável apenas em situações de risco de geração de aerossol.



## 4.1 Nos serviços de saúde

### 4.1.1 Medidas de precaução nas unidades de internação

Nos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus da influenza nos serviços de saúde, são recomendadas medidas de precaução padrão e respiratória (gotícula). Para procedimentos com risco de geração de aerossol, devem ser adotadas medidas de precaução para aerossóis.

As medidas de precaução devem ser utilizadas para:

- Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex.: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, equipe de radiologia, dentistas, entre outros) que tenham contato com casos suspeitos ou confirmados com infecção por Influenza.
- Toda a equipe de suporte, que tenha contato a uma distância menor que 1 metro dos pacientes com infecção por Influenza, incluindo pessoal de limpeza, nutrição e responsáveis pela retirada de produtos e roupas sujas da unidade de isolamento. Porém recomenda-se que o mínimo de pessoas entre no isolamento.
- Todos os profissionais de laboratório, durante coleta, transporte e manipulação de amostras de pacientes com infecção por influenza.
- Familiares e visitantes que tenham contato com pacientes com infecção por influenza;

### 4.1.2 - Isolamento no ambiente hospitalar

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



## PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

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

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

### **4.1.3- Medidas de precaução nas unidades ambulatoriais, consultórios médicos e pronto atendimento**

As seguintes medidas devem ser observadas pelos serviços de saúde que prestam atendimento ambulatorial e pronto atendimento aos casos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave:

- Estabelecer classificação de risco para identificação e pronto atendimento dos casos, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão na sala de espera para outros pacientes, bem como priorizar o atendimento dos pacientes com síndrome gripal que apresentam fatores de risco ou sinais de agravamento
- Orientar os profissionais do serviço quanto às medidas de precaução a serem adotadas;
- Colocar máscara cirúrgica nos pacientes suspeitos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave, desde que a situação clínica do caso permita;
- A máscara cirúrgica deve ser utilizada desde o momento da triagem até o encaminhamento para o hospital de referência;
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de precaução para gotícula e higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera;
- Prover lixeira, preferencialmente, com acionamento por pedal para o descarte de lenços e lixo;



## PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para as mãos (sob as formas gel ou solução) nas salas de espera e estimular a higienização das mãos após contato com secreções respiratórias;
- Prover condições para higienização simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Manter os ambientes ventilados;

## 5 - Instruções para coleta de secreção nasofaríngea através de aspirado<sup>4</sup>

### 5.1 - Orientações gerais

A coleta deve ser realizada observando-se as normas de biossegurança. O técnico deve usar touca, máscara, jaleco de manga comprida com gramatura de 50 g/m<sup>2</sup> (todos esses descartáveis) e óculos de proteção. A lavagem das mãos é imprescindível antes e após o procedimento de coleta.

As amostras deverão ser encaminhadas ao laboratório juntamente com a ficha de investigação específica para cada patologia devidamente preenchida (data de coleta, início dos sintomas ou exantema, data de nascimento). O transporte deverá ser realizado no mesmo dia da coleta, em caixa térmica com gelo reciclável. **Excepcionalmente**, o aspirado poderá ser estocado a 2 a 8°C e acondicionado por período **não superior a 24 horas**.



## 5.2 - Aspirado nasofaríngeo (ANF)

A coleta de ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. Coletores de mucos plásticos descartáveis ou equipo de soro acoplado a uma sonda uretral são preferencialmente recomendados para a obtenção do espécime.

Durante a coleta, a sonda é inserida através da narina até atingir a região da nasofaringe, quando, então, o vácuo é aplicado para aspirar a secreção para o interior do coletor (Figura 1). O vácuo deve ser colocado após a sonda localizar-se na nasofaringe, uma vez que a presença de vácuo no momento da introdução da sonda pode provocar lesões na mucosa nasal. Esse procedimento deverá ser realizado em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente na mucosa, evitando sangramento. O volume ideal de secreção é de 1 ml. **Não insistir se a coleta não atingir este volume, pois poderá ocorrer lesão da mucosa.**



Fig. 1 – aspirado nasofaríngeo

Após aspirar a secreção com o coletor, inserir a sonda de aspiração no frasco contendo meio de transporte e aspirar todo o seu conteúdo (aproximadamente 3 ml de meio) para dentro do coletor. Retirar a tampa com a sonda e desprezar como resíduo biológico. Fechar o frasco coletor utilizando a tampa plástica que se encontra na parte inferior.

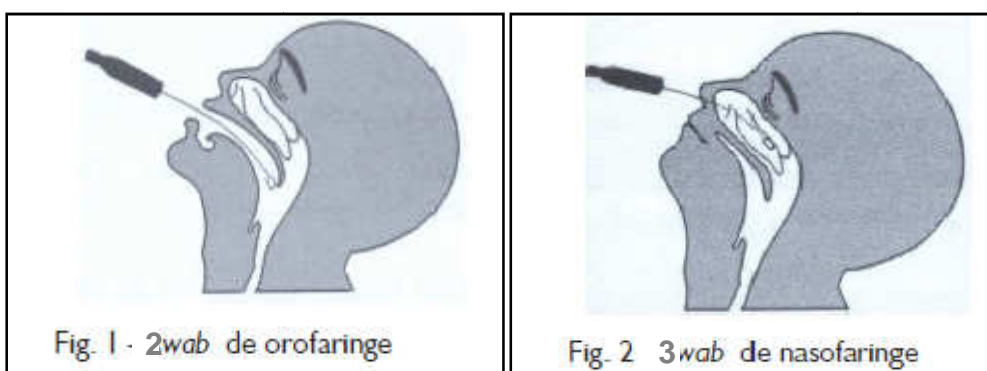
O frasco contendo a secreção deverá ser adequadamente identificado com o nome do paciente, a natureza do espécime (ANF), a data e local da

coleta. O material deve ser armazenado entre 2 e 8°C e **não deve ser congelado**.

### 5.3 - Swab combinado

A coleta de *swab* combinado deve ser feita preferencialmente com *swab* de *rayon* (podendo ser de algodão) e com haste plástica. Não utilizar *swab* alginatado, nem *swab* com haste de madeira. Proceder à coleta de três *swabs*: um da orofaringe e dois da nasofaringe (um de cada narina).

Na orofaringe, o *swab* deve ser friccionado na mucosa da faringe e tonsilas, evitando tocar a língua (Figura 2). Na nasofaringe, introduzir o *swab* até a região posterior do meato nasal. Realizar movimentos circulares para coletar as células da mucosa nasal (Figura 3).

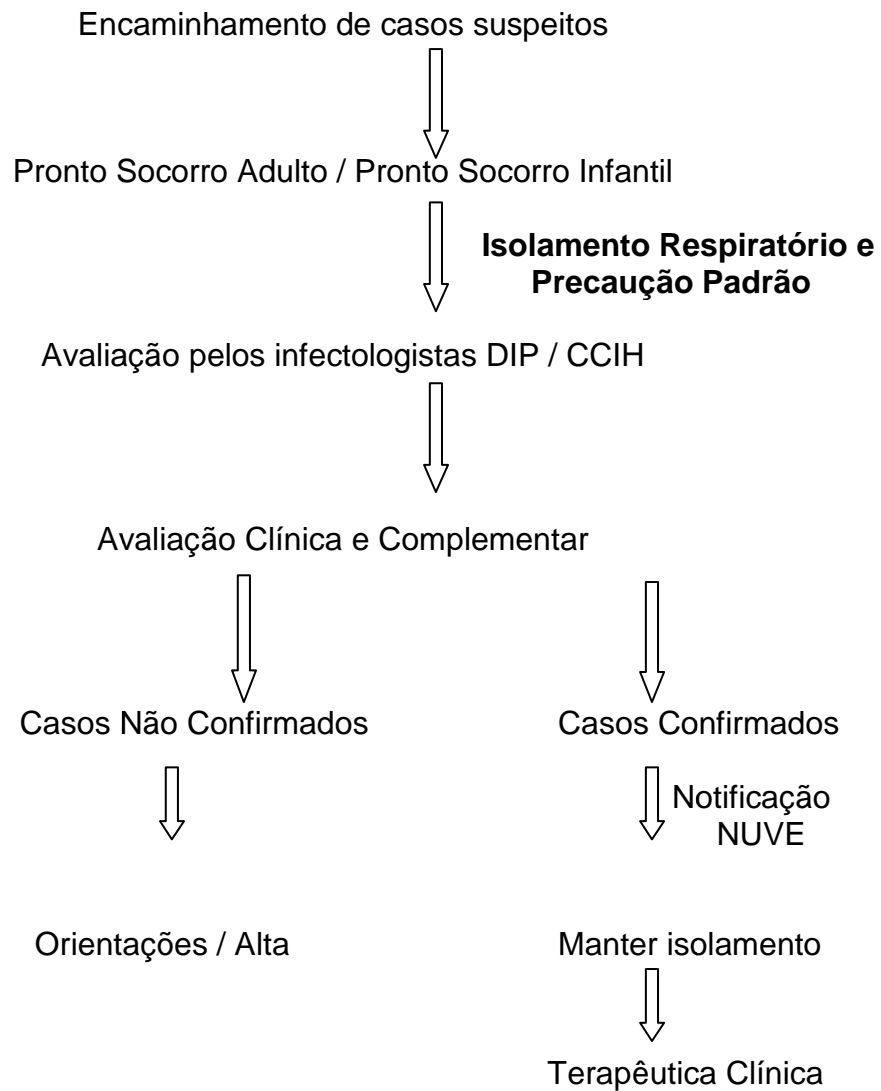


Após a coleta, inserir os três *swabs* em um mesmo tubo com meio de transporte. Cortar o excesso da haste plástica do *swab* para fechar o tubo. O frasco contendo os *swabs* deverá ser adequadamente identificado com o nome do paciente, a natureza do espécime (*Swab* combinado), a data e local da coleta. O material deve ser armazenado entre 2 e 8°C e **não deve ser congelado**.



PROCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

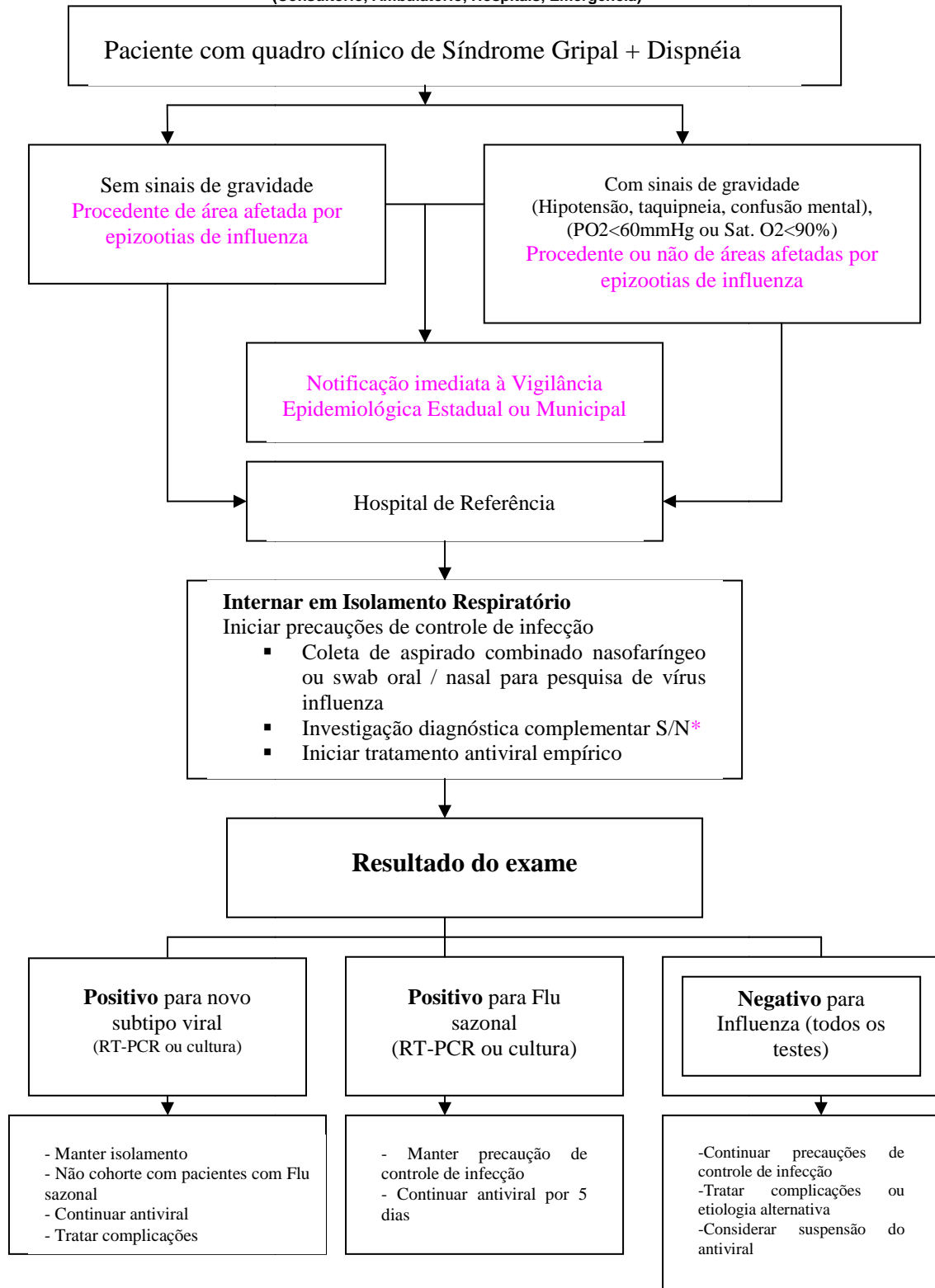
**FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO:  
CASOS SUSPEITOS / CONFIRMADOS INFLUENZA NO HC / UFTM**



**Obs.:** O uso de máscara N95 é somente para profissionais de saúde que irão prestar assistência direta a este paciente. As demais pessoas deverão utilizar máscara cirúrgica.

**PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

**CONDUTA ATUAL FRENTE À DETECÇÃO DE CASOS DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA  
PERÍODO DE ALERTA PANDEMICO  
MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE  
(Consultório, Ambulatório, Hospitais, Emergência)**



\*Poderá incluir: Oximetria, RX de tórax, hemograma completo, hemoculturas, cultura de secreção respiratória para outros agentes, antibiograma, bioquímica para análise metabólica. Adultos com evidência de pneumonia pesquisar pneumococos e Legionella; adultos e menores de 5 anos com evidência de pneumonia, pesquisar Mycoplasma e Chlamydia.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

**PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Atualizado em  
Junho 2015

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Informativo Influenza (gripe) - Semana Epidemiológica (SE) 52. Atualização 2013.
2. Kasper DL, Braunwald E, House S, Longo D, Jameson L, Anthony S. Fauci Harrison's Infectious Diseases: derived from Harrison's principles of internal medicine, 17th Edition.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo para assistência e vigilância aos casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave com ênfase na influenza. Belo Horizonte 2011.
4. Fundação Ezequiel Dias. Manual de Coleta: acondicionamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais. Edição revisada. Belo Horizonte: FUNED, 2011.