

**PLANO DE PREPARAÇÃO
PARA PANDEMIA DE INFLUENZA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

DIRETRIZES GERAIS

**São Paulo
2005**

Suplemento
BEPA
Boletim Epidemiológico Paulista



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “Prof. Alexandre Vranjac”**

**PLANO DE PREPARAÇÃO
PARA PANDEMIA DE INFLUENZA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

DIRETRIZES GERAIS

**São Paulo
2005**

Governo do Estado de São Paulo

Geraldo Alckmin

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadoria de Controle de Doenças

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof.Alexandre Vranjac"

Cilmara Polido Garcia

Colaboraram na elaboração deste documento

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória – DDTR/CVE/CCD/SES-SP

Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas

Helena Aparecida Barbosa

Divisão de Infecção Hospitalar – DIH/CVE/CCD/SES-SP

Maria Clara Padoveze

Sílvia Ferreira

Divisão de Imunização – DI/CVE/CVE/CCD/SES-SP

Helena Keico Sato

Clélia Maria Sarmento de Souza Aranda

Instituto Adolfo Lutz

Terezinha Maria de Paiva

Secretaria de Estado da Agricultura e Abastecimento de São Paulo

Masaio Mizuno Ishizuka

Fernando Gomes Buchala

Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

Nancy Bellei

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP-USP)

Otávio Augusto Leite Cintra

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - São Paulo (Avisa-SP)

Francisco Vanin Pascalicchio

Núcleo de Comunicação – CCD

Cecília Abdalla

Cláudia Malinverni

Leticia Maria de Campos

Sylia Rehder

Revisão científica

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Cilmara Polido Garcia

Editoração Gráfica

Marcos Rosado

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Apresentação | 9 |
| Introdução | 11 |
| Áreas Temáticas - Plano de Preparação | 13 |
| I. Vigilância da influenza | 13 |
| II. Influenza aviária | 16 |
| III. Rede de assistência | 17 |
| IV. Diagnóstico, manejo clínico dos casos e uso de antivirais | 20 |
| V. Medidas de precaução e isolamento | 26 |
| VI. Diagnóstico laboratorial | 29 |
| VII. Ações de vacinação | 31 |
| VIII. Controle em portos e aeroportos | 32 |
| IX. Comunicação – Estratégias de ação | 34 |
| Bibliografia | 37 |
| Endereços eletrônicos | 39 |
| Anexos | 40 |

Apresentação

Os recentes eventos relacionados à expansão geográfica do vírus da influenza aviária de alta patogenicidade, com acometimento de humanos, alertam para a possibilidade de uma nova pandemia de influenza.

Ainda é recente a memória do profundo impacto dos três eventos pandêmicos que ocorreram no século XX – a “gripe espanhola” (1918), a “gripe asiática” (1957) e a “gripe de Hong Kong” (1968). Não é possível prever quando uma nova pandemia ocorrerá. Mas tornou-se evidente que o risco para os próximos anos é o maior desde 1968.

Este documento apresenta de forma sucinta as diretrizes do Plano Estadual de Preparação para uma Pandemia de Influenza. Descrevem-se a vigilância da influenza no Estado e as principais recomendações quanto à estruturação da rede de assistência, manejo clínico, diagnóstico laboratorial e medidas de prevenção e controle deste agravo. As normas e propostas são coerentes com as orientações do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Participaram da sua elaboração técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES), com a colaboração de profissionais da Secretaria de Agricultura e Abastecimento. Houve, ainda, importante contribuição de profissionais de notório saber, participantes do GROG (Grupo Regional de Observação da Gripe) – comitê assessor da Coordenadoria de Controle de Doenças / SES.

O objetivo deste texto é divulgar recomendações, estimular o planejamento e agregar todos os setores envolvidos em uma resposta local consistente e sustentável.

São Paulo, 8 de dezembro de 2005

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza
Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP

Plano de Preparação – Pandemia de Influenza

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta os países membros a intensificar com urgência seus esforços para a prevenção e controle da Influenza. A ameaça premente de uma possível pandemia, com suas repercussões sociais e econômicas, coloca os países em alerta no intuito de minimizar riscos potenciais, desenvolvendo planos de preparação que orientem sobre como atuar em situação de emergência, frente a uma possível epidemia global da doença.

A influenza humana (Gripe) é uma doença viral aguda do trato respiratório, contagiosa, transmitida através das secreções nasofaríngeas. O agente etiológico é o *Myxovirus influenzae*, que pertence à família Orthomyxoviridae e possui três tipos antigênicos distintos A, B e C. São relevantes para saúde humana os tipos A e B. O vírus influenza A possui maior capacidade de alteração genética e maior potencial epidêmico. Seus dois antígenos de superfície, Hemaglutinina (H) e Neuraminidase (N), determinam o subtipo viral. Circulam atualmente em humanos os subtipos H1N1 e H3N2.

A influenza comum (sazonal ou epidêmica) é caracterizada por início súbito de febre, associada a calafrios, dor de garganta, cefaléia, mal-estar, dores musculares e tosse não produtiva. Não é uma doença banal. Estima-se que anualmente cerca de meio milhão de pessoas morra por complicações da influenza. Essas complicações podem ser primárias (relacionadas ao próprio vírus) ou secundárias (infecções bacterianas subseqüentes).

Preocupa, porém, a introdução de novos subtipos do vírus influenza A, para os quais não há imunidade populacional. Esses subtipos podem apresentar rápida disseminação global, determinando doença grave com altos índices de complicações e elevada letalidade.

No século XX, houve três ocorrências pandêmicas de influenza. Em 1918, a introdução do vírus influenza A H1N1 deu origem à “gripe espanhola”, que causou entre 20 e 100 milhões de mortes em todo o mundo, com profundo impacto social e econômico. Estimativas indicam que as outras pandemias – de 1957 (vírus H2N2) e 1968 (vírus H3N2) – causaram, cada uma, entre 1 e 4 milhões de mortes.

Preocupa o surgimento de uma nova pandemia. Segundo a Organização Mundial da Saúde, são pré-requisitos para que isso ocorra:

1. Emergência de um vírus de influenza A com um subtipo de hemaglutinina diferente das cepas circulantes em humanos durante os anos anteriores;
2. Alta proporção de indivíduos na comunidade com ausência ou títulos baixos de anticorpos específicos contra a hemaglutinina do novo vírus da influenza;

3. Vírus com alta transmissibilidade e virulência, com capacidade de causar doença grave e óbitos, no homem.

Constituição de um Comitê Estadual

Considerando a necessidade da adoção das medidas de prevenção e controle, a fim de permitir a abordagem adequada deste agravo, o Governo do Estado de São instituiu – por meio do Decreto nº. 50.126, de 25 de outubro de 2005 – publicado no Diário Oficial do Estado, volume 115, número 203, em 26/10/2005 – o Comitê de Elaboração do Plano de Preparação para a Pandemia de Influenza, junto ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

Integram o comitê, além da Saúde, representantes das Secretarias de Estado de Agricultura e Abastecimento e de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico e das comunidades científicas.

Dentre suas principais atribuições, a elaboração do plano de preparação para o enfrentamento de uma possível pandemia de influenza e de recomendações sobre o desenvolvimento de infra-estrutura necessária à execução das ações indicadas. Este plano inclui estratégias de intervenção destinadas à prevenção e controle da doença, tais como vacinação, profilaxia, tratamento e controle de infecção.

Níveis de alerta segundo a Organização Mundial da Saúde

Com o objetivo de hierarquizar a percepção do risco de pandemia e harmonizar os planos de contingência/preparação dos vários países, a OMS propôs níveis de alerta, descritos a seguir.

Estágios de desenvolvimento de uma pandemia, segundo a OMS (2005).

-
- **Período inter-pandêmico**
 - Fase 1 – Não há novos subtipos do vírus da influenza identificados no homem. Um subtipo de vírus da influenza que causou doença no homem pode estar presente em animais, mas o risco de ocorrer infecções humanas é muito baixo.
 - Fase 2 – Nenhum subtipo novo do vírus da influenza foi descrito no homem, mas um subtipo animal que está circulando possui um risco substancial de causar doença no homem.

- **Período de alerta pandêmico**
 - Fase 3 – Infecções humanas com um novo subtipo estão em evidência, mas não há disseminação inter-humana ou ela é muito rara.
 - Fase 4 – Surtos pequenos com transmissão inter-humana estão ocorrendo, mas são muito localizados, sugerindo que o vírus não está bem adaptado ao homem.
 - Fase 5 – Surtos maiores com transmissão inter-humana ocorreram, mas a disseminação continua localizada, sugerindo que o vírus está ficando mais bem adaptado ao homem, porém ainda não é totalmente transmissível.

- **Período pandêmico**
 - Fase 6 – Pandemia com aumento e transmissão mantida na população geral.

Fonte: OMS, 2005.

Obs: A distinção entre a fase 1 e a fase 2 se baseia no risco de infecção na enfermidade humana gerada por cepas circulantes em animais. A distinção entre a fase 3, a fase 4 e a fase 5 se baseia na avaliação do risco de uma pandemia. De acordo com a OMS, o período atual corresponde **à fase 3 de alerta pandêmico.**

Áreas Temáticas - Plano de Preparação

I. Vigilância da influenza

Os objetivos da vigilância da Influenza são:

- Fornecer dados sobre cepas circulantes e facilitar a comparação com a composição da vacina e recomendações de vacinação;
- Descrever a população acometida pela doença, facilitando assim a identificação de grupos de risco e as comparações com outras populações e outros períodos;

- Detectar eventos não usuais ou novas cepas, surtos, síndromes incomuns ou alterações da distribuição ou gravidade da doença na população;
- Informar aos profissionais de saúde e à população sobre a progressão da pandemia (segundo as fases da OMS).

Em virtude do caráter epidêmico do vírus da influenza, podendo levar à ocorrência de surtos, epidemias e até mesmo pandemias devastadoras, a OMS, desde o seu estabelecimento em 1947, tem entre os seus objetivos o programa de controle para esta doença.

De acordo com a Portaria 33, de 14/7/2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, em 15/7/2005, que dispõe sobre a inclusão de agravos à lista de doenças de notificação compulsória, a influenza humana foi incluída nos Anexos II e III, no que se refere à notificação de surto ou agregação de casos ou de óbitos.

Desde 2000, a SVS/MS vem implantando um sistema de vigilância no País, baseado no modelo de vigilância sentinela. Atualmente, o sistema está funcionando nas cinco macrorregiões do Brasil – Norte (PA, AM, RR, TO); Nordeste (AL, BA, CE, SE, RN, PE); Centro-Oeste (DF, GO, MS); Sudeste (RJ, ES, SP, MG) e Sul (PR, SC e RS) –, onde são identificados pacientes na fase aguda da doença, para a coleta de amostras, e são computados os atendimentos por síndrome gripal. O fluxo de informação é via internet, em sistema próprio, gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Hoje, no Brasil, são credenciados pela OMS como Centros de Referência Nacional (CRN) para Influenza o Instituto Evandro Chagas (IEC/PA), a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP). Estes três centros fazem parte da rede mundial de laboratórios da vigilância da influenza, coordenada pela OMS.

Em agosto de 2002, foi implantada a vigilância epidemiológica da influenza no Estado de São Paulo (ESP), sendo indicadas duas unidades sentinela: Hospital Infantil Menino Jesus (SUVIS - Sé) e Hospital José Storopolli (SUVIS - Vila Maria), ambos no município de São Paulo (MSP).

Sistema Sentinela da Influenza no Estado de São Paulo

No Estado de São Paulo, o Sistema Sentinela de Vigilância da Influenza segue o modelo de vigilância epidemiológica determinado pelo Ministério da Saúde e adotado nos demais Estados.

Semanalmente, o sistema promove a coleta de amostras de pacientes com sintomas de síndrome gripal nas unidades sentinela. As amostras biológicas são submetidas a exame laboratorial no Instituto Adolfo Lutz, para identificação e posterior caracterização viral.

Nas amostras positivas, o vírus é classificado por tipo e, a seguir, são liofilizadas e remetidas ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta (CDC), nos Estados Unidos, que é responsável por nova análise e complementação das características do vírus. A OMS compara os dados do CDC com as informações obtidas em outros centros de referência de pesquisa mundial. Com base nessas análises, a OMS determina a composição da vacina contra a gripe para os laboratórios farmacêuticos, cuja recomendação é enviada anualmente aos países membros da rede de vigilância. Este sistema também está estruturado para detectar as cepas pandêmicas, como a H5N1.

A vigilância sindrômica e a vigilância laboratorial são necessárias para identificar cepas variantes e para determinar a capacidade viral de se disseminar e de causar doença. Dados da vigilância irão dirigir a resposta à pandemia, uma vez que serão usados para determinar a fase pandêmica e a progressão entre as fases.

A vigilância laboratorial envolve o isolamento do vírus da influenza para análise de suas características genéticas e antigênicas. Esta atividade é essencial para determinar os *shifts* (variações maiores) e *drifts* (variações menores) dos vírus influenza que circulam na população. Uma vez que os sinais e sintomas da Influenza são similares aos causados por outros vírus respiratórios, exames laboratoriais devem ser realizados para a confirmação do diagnóstico de doença.

A identificação rápida de uma nova cepa de vírus influenza e o seguimento da atividade viral durante o período pandêmico são atividades críticas para o sucesso da resposta à pandemia. A identificação precoce de uma nova cepa aumenta o tempo para o desenvolvimento de uma vacina e implementação de medidas de prevenção e controle.

A coleta de dados epidemiológicos sobre síndrome gripal, dados sobre hospitalizações e mortalidade relacionados à influenza são essenciais para determinar a magnitude e a gravidade da epidemia de influenza, e particularmente importantes durante uma epidemia ou pandemia associada a uma variante viral recém-reconhecida. Os dados epidemiológicos também auxiliam na escolha das estratégias de prevenção e controle como, por exemplo, a priorização do uso de estoques limitados de vacina e antivirais.

Tendo em vista a otimização da vigilância epidemiológica da influenza, frente a um possível cenário pandêmico, há previsão de implantação de novas unidades sentinela estratégicas no Estado.

II. Influenza aviária

Conceituação – A influenza aviária (IA) é doença infecciosa, altamente contagiosa das aves (galinhas, patos, perus), causada pelo vírus do tipo A da influenza pertencente à família *Orthomyxoviridae*. A doença acomete aves domésticas ou em cativeiro e também silvestres – que podem manifestar ou não sinais clínicos da doença. O vírus A da influenza é aquele responsável pelas ocorrências mais relevantes de surtos em mamíferos, inclusive o homem, e causou pandemias no século XX.

Epizootias em galinhas – A influenza aviária é conhecida desde o final do século XIX. Entre 1959 e 2004, foram descritos 21 episódios de acometimento de aves domésticas (galinhas) na Europa e Estados Unidos da América (EUA). Desde 2003 vêm sendo descritas epizootias sem precedentes causadas por vírus de alta patogenicidade (influenza AH5N1).

Persistência do vírus H5N1 em população de aves – O vírus influenza A H5N1 estabeleceu-se em populações de aves asiáticas em algum momento que antecede a 1997. Naquele ano, houve acometimento de aves domésticas, novamente observado a partir de 2003.

Distribuição geográfica – Cepas pouco patogênicas de influenza aviária são de distribuição cosmopolita. As de alta patogenicidade (H5 e H7) apresentam distribuição diretamente relacionada a áreas de concentração da exploração avícola, rota de migração de aves silvestres e estação do ano. O vírus é introduzido em um país (ou plantel) por meio de aves migratórias aquáticas ou transporte de aves domésticas. No Brasil não existe caso de doença nem de presença do vírus em resultados de vigilância periodicamente realizada.

Suscetibilidade em aves – O vírus se dissemina a partir de aves silvestres aquáticas voadoras, como as da ordem *Anseriformes* (patos e gansos) e *Charadriiformes* (aves de praia, ganso), atingindo aves domésticas. Entre estas são mais suscetíveis os perus e galinhas; dentre as aquáticas migratórias, os patos. É razoável admitir que todas as aves são suscetíveis.

Prejuízos econômicos em aves domésticas – Em aves, o H5N1 tem causado perdas catastróficas, destruindo a subsistência de muitas áreas rurais em que a população humana é diretamente dependente da avicultura.

Transmissão para humanos – Desde 1997, relata-se o ocasional acometimento humano pelos vírus da influenza aviária. Os casos mais graves devem-se ao subtipo H5N1. A transmissão se dá de aves para humanos, por meio de contato prolongado com secreções e fezes. Não tem sido eficaz a disseminação entre humanos.

Casos humanos confirmados de influenza aviária em 29.11.2005.

| Ano | Local | Cepa | Casos | Óbitos |
|-----------|---|------|-------|--------|
| 1997 | Hong Kong | H5N1 | 18 | 6 |
| 1999 | Hong Kong | H9N2 | 2 | 0 |
| 2003 | Holanda | H7N7 | 83 | 1 |
| 2003-2005 | Indonésia Vietnam Tailândia Camboja China | H5N1 | 133 | 68 |

Fonte: OMS

Fatores predisponentes – A íntima proximidade entre humanos, aves aquáticas e suínos na China e Sudeste Asiático tem conduzido ao conceito de que essas regiões são o epicentro para as cepas emergentes do vírus A da influenza. Assim, aves que migram para outras partes do mundo, a partir do Oriente, apresentam elevado potencial de transmissão de novas cepas para populações aviárias e, eventualmente, humanas.

Requisitos para que ocorra uma pandemia – O vírus aviário deve adaptar-se a circular no homem por meio de mutação (como aconteceu em 1918) ou sofrer rearranjo genético com cepas humanas (como nas pandemias de 1957 e 1968). O rearranjo pode se dar em animais co-infectados, como o porco.

Tópicos que precisam de atenção – As rotas de aves migratórias oriundas da Ásia têm sido responsáveis pela expansão da epizootia até a Europa Oriental. Felizmente, essas rotas não atingem diretamente a América do Sul. Outro atenuante para o risco de introdução da influenza aviária é o fato de que o Brasil é exportador, e não importador, de carne de aves. No entanto, faz-se necessária a vigilância da influenza na criação avícola. É necessário também o cuidado para prevenir a introdução através da importação de aves exóticas oriunda de países acometidos pela epizootia.

III. Rede de assistência

1. Reorganização da rede de assistência em uma possível pandemia

Este documento deve ser usado como um guia para informação e harmonização das intervenções na assistência. Deve, porém, ser adaptado às condições locais dos diferentes níveis de assistência e será, continuamente, revisto e adaptado conforme o curso das fases de alerta e/ou da pandemia.

Serviços da rede de assistência:

- Pronto atendimento, Unidades Básicas de Saúde, hospitais
- Hospitais públicos
- Hospitais conveniados (SUS)
- Hospitais de pacientes crônicos/longa permanência, hospitais psiquiátricos, maternidades, asilos, orfanatos, similares
- Presídios, Febem
- Outros: rede privada, escolas, comunidade, serviços funerários

Primeira etapa – Prioridade para capacitação da rede pública

Centrais de Regulação de Urgência (CRU), das 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais públicos regionais e da capital e laboratórios de referência (rede do Instituto Adolfo Lutz).

Objetivos e conteúdo da capacitação: pandemia de influenza, vigilância, rede hospitalar (níveis de referência), caso clínico influenza (definição, critérios de gravidade, manejo clínico), noções de epidemiologia e biossegurança.

Segunda etapa – Promoção de informação e divulgação dos conteúdos do treinamento/capacitação para as DIRs e Secretarias Municipais de Saúde.

Terceira etapa – Estímulo de promoção de informação/capacitação dos serviços de assistência pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Mecanismo de Gestão durante a pandemia

Comitê para Pandemia (Secretaria de Saúde), CRU, NHE, CCIH e coordenadores das unidades de saúde locais. Durante as fases iniciais da pandemia, os hospitais de referência receberão os primeiros casos. Após a deflagração da pandemia, porém, a maior parte dos serviços disponíveis estará comprometida com a assistência. As recomendações a seguir devem ser adaptadas à complexidade de cada instituição.

Atribuições do comitê hospitalar/coordenadores de unidades de saúde:

- Divulgar as diretrizes da capacitação para Profissionais da Área da Saúde (PAS) e estabelecer programas de educação continuada. Promover vacinação contra influenza para PAS. Levantamento da demanda de PAS para priorizar antivirais;
- Avaliar insumos (máscara, luvas, produtos antissépticos, medicações, ambulâncias, oxigenioterapia, leitos etc.);

- Garantir a assistência, avaliar fonte de recrutamento assistencial adicional, referência aos casos graves, decisões estratégicas (suspender cirurgias, internações eletivas, avaliação leitos etc.).

2. Fluxograma de atendimento na triagem (Anexo 1)

Objetivos da triagem: identificar pacientes infectados por influenza pandêmica, separar dos demais pacientes e reconhecer o tipo de atendimento necessário para cada caso.

Avaliação e atendimento de pacientes:

2.1 - Sala de emergência – “Casos de influenza”: área própria para avaliação ou admissão. Minimizar a espera de pacientes “suspeitos” de influenza.

2.2 - Categorização dos pacientes

1. Infectado - confirmado
2. Infectado - suspeito
3. Exposto (potencialmente infectado)
4. Não infectado com alto risco de complicações
5. Não infectado

2.3 - Casos suspeitos ou confirmados: isolar dos demais pacientes ou agrupar pacientes de influenza (vide medidas de precaução e isolamento)

2.4. Fluxograma de referência dos pacientes:

- Redirecionamento de pacientes através das Centrais de Regulação de Urgência, de acordo com a área geográfica de origem. Reportar todos os casos (NHE/CCIH)
- Pacientes dispensados para o domicílio (quadros leves): encaminhar para unidade básica para seguimento clínico
- Casos graves ou que necessitem internação, internar ou encaminhar para hospitais de referência

3. Assistência: hospitais de longa permanência, doentes crônicos, psiquiátricos, maternidades, asilos

Vigilância precoce de casos de influenza. Estes pacientes constituem grupo de alto risco para complicações por influenza. Vigilância de visitantes e profissionais de saúde com quadros respiratórios. Priorizar vacinação contra influenza e uso de antivirais para profissionais destas unidades. Identificar serviços de referência regionais para possíveis transferências de doentes graves ou com complicações.

4. Outros

Rede privada de assistência: divulgação do plano de preparação e disponibilidade de material para orientação de capacitação dos profissionais de saúde.

Escolas/vigilância: as crianças em idade escolar são freqüentemente acometidas, em primeira escala, durante uma pandemia. Assim:

- Designar agentes escolares para relatar absenteísmo e casos de doença respiratória.
- Notificar ocorrência de surtos e agregação de casos para a unidade de saúde mais próxima da região. Orientar o fechamento temporário de unidade escolar, limitando a transmissão local.
- Educação de professores e demais funcionários – medidas para evitar transmissão.

Comunidade/pacientes domiciliares: fornecer "Informe Cidadão" para diagnóstico da doença, cuidados domiciliares, sinais de gravidade e medidas para evitar transmissão.

Presídios:

- Designar funcionário responsável pelo controle da infecção e para reportar os casos para autoridade pública regional de saúde.
- Considerar a necessidade de áreas separadas, para enviar temporariamente os presos que evoluírem para óbito.
- Suspender visitas, em situação de surto.
- Priorizar antivirais e vacinação contra influenza para funcionários de presídios.

Serviços Funerários: não há risco adicional de transmissão após óbito de paciente infectado por influenza. Os cadáveres devem ser manipulados e acondicionados de acordo com os procedimentos tradicionais. Funcionários de funerária e demais contatos devem manter as medidas de precaução usuais.

IV. Diagnóstico, manejo clínico dos casos e uso de antivirais

1. Organização dos serviços de atenção à saúde

Divisão de níveis de saúde primário, secundário e terciário, conforme o fluxograma de atendimento anexo. Pontos relevantes:

- Capacitação de outros serviços;
- Liderança local e regional;

- Controle de leitos hospitalares e UTI, tanto pediátrica como adulto;
- Central de disponibilização de insumos, controle da distribuição de antivirais e outros insumos hospitalares.

2. Atendimento aos casos

2.1 - Definição de caso

Considera-se caso de infecção por vírus influenza a presença de febre (temperatura maior que 38°C) com início súbito, associado a calafrios, mialgia, e posteriormente, presença de sintomas respiratórios, tais como tosse, coriza e congestão nasal. Este é o quadro clássico, porém durante uma pandemia são esperados vários casos não-clássicos, especialmente nas populações de risco. Desta forma, o diagnóstico somente com bases clínicas poderá ser ampliado para qualquer paciente com sintomas respiratórios, associados ou não à febre. Obviamente, todos os pacientes com acometimento do trato respiratório inferior serão casos muito prováveis, seja de pneumonia primária por influenza ou infecção secundária. A confirmação laboratorial seria o padrão de excelência para o diagnóstico. Sabe-se, no entanto, que este método poderá não estar disponível para todos os casos e os testes rápidos, apesar de sua boa sensibilidade e especificidade, podem não ser ideais no caso de uma cepa de influenza aviária.

2.1.1 - Fase pré-pandêmica

Caso suspeito: presença de febre (> 38° C) de início súbito e tosse, associados ou não a odinofagia, rinorréia, mal-estar, calafrios, mialgia, e cefaléia, em situações em que exista a circulação confirmada do vírus influenza.

Caso confirmado: caso suspeito com confirmação laboratorial (sorologia e/ou isolamento e/ou biologia molecular e/ou detecção de antígenos) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente.

2.1.2 - Fase pandêmica

Caso suspeito: presença de febre (> 38° C) de início súbito e tosse, apresentando ou não sintomas associados.

Caso confirmado: critério clínico epidemiológico.

3. Uso de antivirais

| Antiviral | Ação | Via | Idade | | EA |
|--------------------|-------------|------------|--------------|-----------------|---------------------|
| | | | Tto | Prof. | |
| Amantadina | Flu A | Oral | 1a | 1 ^a | SNC, Ansiedade |
| Rimantadina | Flu A | Oral | 13a | 13 ^a | SNC, Ansiedade |
| Oseltamivir | Flu A + B | Oral | 1a | 13 a | Náuseas, vômitos |
| Zanamivir | Flu A + B | Inalatória | 7 a | NR | Broncoespasmo |

Flu: influenza; Tto: tratamento; Prof: Profilaxia; EA: Evento Adverso.

3.1 - Recomendações para o uso de antivirais

1. Prioridade na pandemia

- a) Primeiro: minimizar doenças graves e mortalidade;
- b) Segundo: minimizar a quebra social na população.

Grupos prioritários em ordem decrescente de prioridade

- A) Tratamento das pessoas hospitalizadas por influenza.
 - B) Tratamento de doentes das classes dos profissionais da área de saúde e trabalhadores de serviços de emergência.
 - C) Tratamento da população de alto risco na comunidade.
 - D) Profilaxia dos profissionais de saúde.
 - E) Controle de surtos em pessoas de alto risco residentes em instituições, como asilos e locais para doentes crônicos.
 - F) Profilaxia de trabalhadores de serviços essenciais.
 - G) Profilaxia de pessoas de alto risco hospitalizadas por outras doenças diferentes de influenza.
 - H) Profilaxia da população de alto risco na comunidade.
2. A suscetibilidade aos antivirais da cepa de vírus influenza circulante deverá ser monitorada.
 3. Em virtude das rápidas mudanças nas evidências científicas, recomendações e opções para o tratamento, a profilaxia com antivirais deverá ser constantemente revisada.

4. Manejo do paciente inicial e triagem

O manejo inicial dos pacientes poderá ter como base algoritmos que podem ser utilizados por profissionais de saúde e outras pessoas que poderão ser treinadas para trabalhar em serviços de triagem.

4.1 - Triagem pediátrica (Anexo 2)

A definição da DRA (Doença Respiratória Aguda) deverá ter como base os seguintes sintomas:

Sistêmicos:

- Febre: 38°C
- Apnéia
- Hipotermia: temp 36,5°C

Respiratórios:

- Tosse
- Congestão nasal e/ou rinorréia
- Desconforto respiratório: retrações intercostais, estridor, batimento de asas nasais
- Rouquidão
- Otagia
- Taquipnéia: frequência respiratória ajustada para faixa etária contada em repouso por 1 minuto, conforme a tabela abaixo:

| Idade | Frequência respiratória aumentada(FR) |
|--------------|--|
| < 2 meses | > 60 respirações por minuto |
| 2 – 12 meses | > 50 respirações por minuto |
| 1 a 5 anos | > 40 respirações por minuto |
| > 5 anos | > 30 respirações por minuto |

4.1.2 - Avaliação inicial

| Avaliação primária | Achados que requerem avaliação secundária |
|--|--|
| Temperatura axilar | > 39 °C ou < 36.5 °C |
| Frequência respiratória | Aumentada (vide tabela de FR) |
| Cor e temperatura da pele | Cianose, palidez, extremidades frias |
| Sinais e sintomas respiratórios | Retrações intercostais; sibilos; estridor; gemência; dor torácica |
| Nível de consciência | Letargia, confusão mental ou inconsciente |
| Funcionais | Incapacidade de mamar ou ingerir líquidos, vômitos persistentes (> 2 – 3x/dia) |
| Sinais e sintomas neurológicos | Convulsões, abaulamento de fontanela, rigidez de nuca, fotofobia |
| Saturação de oxigênio (oximetria de pulso) | < 92% em ar ambiente |

Todas as crianças menores de 2 meses que apresentarem qualquer um dos sintomas acima mencionados devem ser referenciadas, imediatamente, para avaliação médica em unidade secundária com capacidade de realização de exames laboratoriais.

4.1.3 - Orientação dos pais

Crianças sem co-morbidades que apresentem quadro não complicado de infecção por vírus influenza podem ser encaminhadas para casa, com orientação dos pais e acompanhamento telefônico ou retornos. As orientações para os pais devem ser:

1. Manter hidratação adequada com oferta abundante de líquidos;
2. Controle da temperatura com antitérmicos, evitando o uso de AAS (ácido acetilsalicílico);
3. Observação rigorosa de sinais de deterioração ou ausência de melhora; orientar os parâmetros de desconforto respiratório, ingestão alimentar etc., devendo retornar imediatamente à unidade de saúde no caso de deterioração;
4. Plano de seguimento se necessário;
5. Imunização ou profilaxia dos contatos de alto risco;
6. Orientar práticas de controle de infecção, evitando contatos próximos com pessoas doentes, higiene das mãos, cuidados com descarte de materiais contaminados.

5. Triagem de adultos (Anexo 3)

5.1 - Avaliação inicial

| Avaliação primária | Achados que requerem avaliação secundária |
|--|--|
| Temperatura axilar | 35°C ou 39 °C |
| Pulso | Arritmico ou irregular > 100 bpm |
| Pressão arterial | PA sistólica < 100 mmHg Tonturas ou hipotensão postural |
| Frequência respiratória | > 24 resp. por min |
| Cor e temperatura da pele | Cianose, palidez, extremidades frias |
| Sinais e sintomas respiratórios | Qualquer anormalidade de ausculta ou dor torácica |
| Nível de consciência | Confusão mental |
| Funcionais | Incapacidade de cuidar-se sozinho, vômitos persistentes (> 2 – 3x/dia) |
| Sinais e sintomas neurológicos | Convulsões, rigidez de nuca, fotofobia |
| Saturação de oxigênio (oximetria de pulso) | 90% em ar ambiente |

- Caso o paciente não apresente anormalidades ou co-morbidade na avaliação inicial deverá ser encaminhado para casa com instruções de como cuidar-se sozinho.
- No caso de ausência de anormalidades, porém com a presença de co-morbidade, deverá ser encaminhado para casa com orientações dos cuidados e programada reavaliação em 48 horas ou antes, se necessário.
- Co- morbidade:
 - Idade > 65 anos
 - Gestantes
 - Doença pulmonar crônica
 - Insuficiência cardíaca congestiva
 - Insuficiência renal
 - Imunocomprometidos
 - Alterações hematológicas
 - Diabetes mellitus
 - Doenças neoplásicas
 - Doenças hepáticas
 - Uso prolongado de AAS
- Se for necessária a avaliação secundária, os pacientes deverão ser encaminhados para um centro capacitado para a avaliação médica e realização de exames subsidiários.

5.2 - Instruções para os cuidados individuais domiciliares

Sem co-morbidade:

- Acetaminophen (adultos e crianças) ou ibuprofeno (adultos e crianças), dipirona (adultos e crianças), AAS (somente para adultos) para mialgia e artralgia;
- Ingestão hídrica abundante;
- Repouso;
- Descongestionantes;
- Evitar o fumo ou exposição à fumaça de cigarro;
- Procurar por auxílio no caso de dispnéia, dor torácica, escarro purulento, vômitos persistentes

Com co-morbidade:

- Supervisão de familiares, amigos, profissionais de apoio, enfermagem;
- Terapia antiviral, se avaliado, até 48 horas após o início dos sintomas, seguindo as prioridades da pandemia;
- Reavaliação, após 48 horas, por entrevista telefônica ou visita domiciliar.

V. Medidas de precaução e isolamento

A influenza humana é transmitida por meio de gotículas, sendo recomendadas para prevenção da transmissão **precauções padrão, associadas às precauções para gotículas**. Para novos tipos de influenza acometendo humanos (ex.: cepas aviárias e/ou pandêmicas), são recomendadas precauções para aerossóis e precauções de contato.

Segue abaixo a descrição das precauções recomendadas frente a uma pandemia de influenza.

Precauções padrão

Conjunto de medidas a serem aplicadas para todos os pacientes, independentemente de sua patologia, compreendendo: lavagem das mãos, uso de luvas, máscaras, protetor ocular, avental sempre que existir a possibilidade de contato com sangue, secreções, ou excreções; reprocessamento dos equipamentos utilizados pelo paciente e cuidados com o ambiente.

Durante o cuidado de um paciente com influenza (caso suspeito ou confirmado):

- Utilizar luvas ao contato da mão com secreções respiratórias ou superfícies contaminadas.
- Utilizar avental na possibilidade de contato com secreções respiratórias do paciente.
- Remover as luvas e avental após o contato com o paciente e antes de tocar qualquer artigo ou outro paciente e proceder a higienização das mãos.
- Fazer higienização das mãos antes e após o contato com o paciente, após ter tocado no ambiente do paciente, ou após contato com as secreções respiratórias do paciente, tendo usado luvas ou não.
- Lavar as mãos com água e sabão neutro ou sabão antimicrobiano, quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com secreções respiratórias. Se as mãos não apresentarem sujidade visível e após a remoção da luva, o álcool gel ou álcool glicerinado podem ser utilizados para higienização das mãos.
- Prevenir acidentes com material perfuro-cortante – uso e descarte adequado.

- Submeter artigos e equipamentos à limpeza e desinfecção ou esterilização, antes de serem utilizados em outros pacientes. A desinfecção poderá ser realizada por termo-desinfecção ou desinfecção química com os produtos habitualmente recomendados e autorizados pelo Ministério da Saúde (álcool 70%, glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio 1% e peróxidos).
- Realizar limpeza e desinfecção concorrente e terminal de superfícies ambientais com os produtos habitualmente recomendados e autorizados pelo Ministério da Saúde (álcool 70%, cloro orgânico e inorgânico, quaternário de amônio e compostos fenólicos).

Precauções para Gotículas

As gotículas (partículas maiores que 5 micra de diâmetro) são expelidas do trato respiratório ao falar, tossir ou espirrar e durante a realização de determinados procedimentos, tais como aspiração de secreções e broncoscopias. As partículas não permanecem em suspensão no ar e um contato próximo geralmente é necessário para que ocorra a transmissão (1 metro de distância).

Medidas a serem tomadas

- Internar paciente em quarto individual.
- Na impossibilidade de utilizar um quarto individual, agrupar os casos suspeitos separados dos casos confirmados (coorte).
- Se, por algum motivo, não for possível a realização de coortes, manter no mínimo uma distância de 1 metro entre os pacientes. Não há necessidade de um sistema de ventilação especial do ar e a porta pode permanecer aberta.
- Utilizar máscara cirúrgica ao entrar no quarto do paciente ou ao se aproximar a um metro de distância do paciente, retirando-a ao sair do quarto.
- Limitar a movimentação e o transporte do paciente. Se o transporte for necessário, o paciente deve utilizar uma máscara cirúrgica para evitar a dispersão das gotículas no ambiente.

• Precauções respiratórias para aerossóis

- Internar paciente em quarto privativo com pressão negativa do fluxo de ar.
- Utilizar **máscara N95** ao entrar no quarto.
- Manter a porta do quarto fechada.
- Evitar o transporte do paciente e, se isto não for possível, utilizar máscara cirúrgica para cobrir nariz e boca do paciente durante o transporte.

- **Precauções de contato**

- Usar luvas de procedimento para qualquer contato com o paciente, retirando-as imediatamente após os cuidados. Após a retirada das luvas é obrigatória a lavagem das mãos com sabão anti-séptico.
- Usar avental se houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente. O avental deve ser retirado dentro do quarto e as mãos do profissional devem ser lavadas com sabão anti-séptico.
- Evitar a saída do paciente do quarto. Após o contato do paciente com as superfícies fixas, estas deverão ser desinfetadas com álcool a 70%.
- Artigos de cuidados do paciente (termômetro, estetoscópio etc.) devem ser de uso individual, sendo limpos e desinfetados após a alta.

Proteção para os olhos

- Utilizar protetor ocular quando se aproximar a um metro de distância do paciente.

Para os casos suspeitos ou confirmados de novos subtipos em humanos (doença humana por vírus aviário e/ou situação pandêmica) devem ser mantidas as precauções por 14 dias após o início dos sintomas, a menos que o diagnóstico seja descartado. As precauções padrão devem ser mantidas, independentemente do diagnóstico, até a alta hospitalar.

Medidas de Higiene Respiratória e Educação

Cuidados com as secreções respiratórias e informações quanto à forma de transmissão de doença são medidas importantes para limitar a disseminação do agente no hospital, consistindo em:

- Incentivar a higienização das mãos.
- Garantir acesso às pias para lavagem de mãos, assim como disponibilizar sabonete líquido e papel toalha e álcool gel.
- Oferecer máscaras às pessoas com tosse.
- Incentivar pessoas com sintomas respiratórios a manter uma distância de pelo menos um metro de outras pessoas.

- Afixar cartazes informativos alertando pacientes e acompanhantes sobre os sintomas da influenza e cuidados que devem ter com as secreções respiratórias:
 - Uso de lenço de papel descartável para conter secreções respiratórias
 - Cobrir nariz e boca ao tossir ou espirrar
 - Higienizar as mãos após tossir, espirrar ou após o uso de lenços descartáveis
- Orientar pacientes e acompanhantes a informar os profissionais de saúde sobre eventuais sintomas respiratórios.
- Orientar pessoas com sintomas respiratórios a não visitar pacientes internados.

VI. Diagnóstico laboratorial

As amostras clínicas para investigação laboratorial dos casos suspeitos de influenza deverão ser colhidas, preferencialmente, até o terceiro dia e, no máximo, até o quinto dia após o início dos sintomas. Poderão ser utilizados aspirado da nasofaringe e traqueal, *swabs* combinados (ambas as narinas + orofaringe), *swabs* das conjuntivas, gargarejos e líquor.

Na vigência de pandemias, a Organização Mundial de Saúde preconiza a utilização de *swabs*, que evitam a formação de aerossóis.

Todas as amostras clínicas deverão ser colhidas, assepticamente, utilizando-se coletores que atendam às normas de biossegurança. O profissional responsável pelo manuseio do paciente, durante a coleta, deverá utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs). Considerável atenção às normas de biossegurança para o descarte dos coletores e EPIs utilizados.

Acondicionamento e transporte da amostra clínica para investigação laboratorial

A amostra coletada em meio de transporte adequado deverá ser encaminhada ao laboratório credenciado, com especial atenção à manutenção das condições de refrigeração. Poderá utilizar gelo reciclável, gelo seco ou nitrogênio líquido, na dependência da distância para o transporte. De primordial importância é o acondicionamento e a identificação adequada da amostra clínica: nome completo, idade, sexo, profissão, procedência, data do início dos sintomas, dados clínicos e/ou suspeita clínica, viagem recente, contato com a doença; a natureza da amostra, data da coleta e meio de transporte utilizado.

Certificar-se constantemente do cumprimento das normas de biossegurança, durante todas as etapas do transporte. No caso de envio da amostra utilizando-se o transporte aéreo, atender às normas de biossegurança universal da

Associação Internacional de Transporte Aéreo (IATA). Lembrando sempre que, apesar de disponibilizados os protocolos de colheita das amostras clínicas, é de crucial importância que os diferentes serviços de saúde mantenham uma pessoa responsável para contato com os Centros de Vigilância e o Laboratório, a fim de assegurar as condições ideais da colheita e envio da amostra, tendo em vista que durante uma pandemia haverá situações que exigirão maior atenção.

Metodologias diagnósticas para a detecção rápida do agente etiológico em investigação

1. Metodologias moleculares

Será empregado o PCR em tempo real, utilizando-se *primers* específicos para as cepas H1, H3, H5, H7, posterior seqüenciamento do vírus isolado e investigações filogenéticas. Para o diagnóstico diferencial, *primers* específicos para os coronavírus humanos e metapneumovírus serão igualmente necessários.

2. Imunofluorescência Indireta

Serão utilizados os testes de imunofluorescência indireta para detecção rápida dos seguintes vírus respiratórios: influenza do tipo A e do tipo B, vírus respiratório sincicial, adenovírus, vírus da parainfluenza tipos 1, 2 e 3, pela utilização de anticorpos monoclonais para o diagnóstico diferencial.

3. Detecção de partículas virais pela microscopia eletrônica

Essa metodologia será utilizada devido à magnitude do agravo, contribuindo no diagnóstico presuntivo pela morfologia do agente etiológico.

4. Imunocaptura Elisa

Permite a detecção rápida e específica dos vírus da influenza tipos A e B.

Tentativa de isolamento do agente etiológico em investigação

Para a tentativa de isolamento viral deverão ser utilizados cultivos celulares de origem humana e animal e ovos embrionados de galinha.

Metodologia para a detecção da resposta de anticorpos contra o vírus da influenza

Serão coletadas duas amostras de sangue do paciente, correspondendo às fases aguda (primeira amostra) e convalescente (segunda amostra), respectivamente. A elevação de quatro vezes no título de anticorpos, em relação à primeira amostra, confirma a infecção pelo vírus.

VII. Ações de vacinação

A vigilância epidemiológica é a base para a determinação da composição da vacina contra influenza. O Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto Butantan, está se preparando para a produção da vacina contra a cepa pandêmica.

A cepa H5N1 é uma cepa aviária que excepcionalmente tem causado infecções em humanos e, mesmo que venha adquirir condições para transmissão ampliada na população humana, poderá ter características que impliquem ajustes na formulação da vacina de uma cepa pandêmica.

As ações de vacinação compreenderão:

- Estimar o número da população alvo da vacinação, priorizando os grupos de maior risco.
- Ampliar a cobertura da vacinação anti-pneumocócica, nos grupos já contemplados, considerando a proporção significativa de pneumonias como complicação da influenza.
- Identificar indivíduos, instituições e representações organizacionais que contribuirão com as ações de vacinação (força de trabalho).
- Definir papéis e responsabilidades nas ações de imunização de cada grupo de participantes.
- Estimar a capacidade da rede de frio instalada (regional e municipal) e necessidades adicionais. Identificar potenciais depósitos de contingência.
- Identificar e quantificar as áreas com dificuldades de acesso e estabelecer plano para atendimento (materiais, equipes de vacinação, meio de transporte, responsabilidades).
- Definir protocolo de investigação de eventos adversos associados às vacinas a serem utilizadas durante a pandemia.
- Definir o fluxo e formato de registros das doses aplicadas e utilizadas.
- Estabelecer formulários padronizados.
- Emitir comprovantes vacinais.
- Registrar as ações em sistema de informação.
- Avaliar a efetividade do uso da vacina pandêmica.
- Estabelecer cooperação técnica com os países fronteiriços, para discutir estratégias conjuntas de vacinação.

VIII. Controle em portos e aeroportos

Ações de vigilância epidemiológica e sanitária em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados

As ações de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de vetores nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras (PAF) são de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Lei 9.782 de 26/01/99). Essas atividades visam proteger e promover a saúde da população, buscando a garantia da segurança sanitária de produtos e serviços nos terminais de passageiros e cargas, entrepostos, estações aduaneiras, meios e vias de transportes aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres do País. As ações da Anvisa frente a uma possível pandemia de influenza serão de acordo com o Plano de Preparação Brasileiro para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza, com a legislação específica da Anvisa (RDC 02, 217 e 306), com o Regulamento Sanitário Internacional e outros acordos subscritos pelo Brasil. Foram considerados os períodos e fases elaboradas pela Organização Mundial da Saúde e sua adaptação para o Brasil.

1. Momento atual: fase 3 do período de alerta pandêmico

1.1 - Informação e comunicação

Informar aos passageiros, tripulantes e comunidade de PAF sobre as áreas geográficas com ocorrência de focos de influenza aviária e de casos humanos e as perspectivas de uma pandemia, assim como medidas de prevenção e controle, com destaque para agências de viagem e companhias de transporte. Ao viajante serão informados os cuidados básicos de prevenção, principalmente àqueles que têm como destino regiões com ocorrência de casos da influenza aviária de alta patogenicidade, como evitar contato com granjas, criações de aves ou mercados de animais vivos; evitar aglomerações humanas desnecessárias; lavar as mãos freqüentemente; evitar viagens não essenciais a áreas sabidamente afetadas; relatar à tripulação qualquer anormalidade clínica evidenciada durante a viagem e procurar assistência médica aos primeiros sintomas compatíveis com influenza depois de viagens para áreas afetadas.

1.2 - Capacitação de profissionais

A ser realizada por meio de atividades educativas, como seminários e oficinas, de material educativo escrito ou eletrônico, destinado aos trabalhadores da Anvisa e aos que exercem atividades em serviços de saúde, administradoras, empresas prestadoras de serviço e a profissionais de outros órgãos de

fiscalização e controle. A biossegurança será tema prioritário, com abordagem do uso e descarte correto de equipamentos de proteção individual, produtos apropriados e metodologia de aplicação para limpeza e desinfecção de meios de transportes e ambientes.

1.3 - Controle sanitário de viajantes

Priorizar as atividades de controle sanitário de viajantes para detecção precoce de casos e redução da transmissão, observando, nesse momento, os fluxos de procedimento pré-estabelecidos para anormalidades clínicas a bordo de meios de transportes.

1.4 - Controle sanitário de infra-estrutura, meios de transportes e mercadorias

Intensificar as atividades de controle sanitário já existentes na rotina, com destaque para orientação e vigilância dos serviços prestados quanto à limpeza e desinfecção de superfícies de meios de transporte e de ambientes e destino e tratamento de resíduos sólidos. Reforçar a orientação e vigilância dos planos de manutenção, operação e controle de ambientes climatizados. Quanto à carga de animais vivos, revisar os procedimentos de limpeza e desinfecção de meios de transporte utilizados, em conjunto com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, para identificação de possíveis pontos de fragilidade.

2. Fase 4 do Período de Alerta Pandêmico

2.1 - Informação e comunicação

Intensificar a informação aos viajantes, tripulantes e comunidade de PAF, inclusive com novas formas de mídia, sobre as áreas internacionais com ocorrência de focos de influenza aviária e de casos inter-humanos, as perspectivas de uma pandemia e medidas gerais de cuidado e prevenção.

2.2 - Capacitação de profissionais

Avaliar, reforçar e complementar o conteúdo da capacitação anteriormente realizada sobre a situação epidemiológica da influenza aviária, sua evolução e as medidas e cuidados necessários para minimizar seus efeitos.

2.3 - Controle sanitário de viajantes

Intensificar as atividades de controle sanitário de viajantes para a detecção precoce de casos e redução da transmissão. Será reforçada a comunicação anteriormente proposta para o viajante que entra e sai do Brasil quanto aos

cuidados preventivos e de controle, particularmente o estímulo à auto-notificação e identificação de casos suspeitos pelos tripulantes. Será intensificada a vigilância sindrômica para influenza nos ambulatórios médicos instalados nas áreas de PAF; adotados equipamentos de proteção individual específicos para o viajante com anormalidade clínica compatível com influenza e avaliada a possibilidade legal de restringir o trânsito internacional e nacional de passageiros e de portas de entrada para vôos internacionais procedentes de área de ocorrência de casos.

2.4 - Controle sanitário de infra-estrutura, meios de transportes e mercadorias

Intensificar as atividades de controle sanitário propostas para as fases anteriores, mantendo fluxos de informação, avaliando e atualizando procedimentos sempre que necessário. Será avaliada a possibilidade de indicar a supressão de revistas e jornais a bordo e de outras fontes possíveis de contágio, como fones de ouvido, mantas, travesseiros etc.

3. Períodos e fases seguintes

Reforçar as medidas de controle sanitário adotadas nas fases anteriores. Intensificar os fluxos de informação, avaliar e atualizar procedimentos. Avaliar a restrição de deslocamento de viajantes, em caso de doença, para áreas de risco no território nacional e para países com casos confirmados. Avaliar o impacto e reorganizar o serviço no que couber.

IX. Comunicação – Estratégias de ação

As estratégias de comunicação são um importante componente para gerenciar doenças infectocontagiosas, mas são indispensáveis em eventos pandêmicos. A propagação da informação, no momento exato e oportuno, em todos os níveis de gerenciamento de pandemias, é uma das mais eficazes ferramentas para minimizar seus impactos sociais e econômicos, maximizando resultados das ações de controle.

Para tanto, sugere-se a adoção de um plano de comunicação, a ser implementado durante uma eventual pandemia de influenza, baseado nos seguintes parâmetros:

1. O grupo de comunicação deve ser composto por profissionais da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e da área de Comunicação da Secretaria, sob orientação de técnicos do Plano de Preparação, responsáveis pela avaliação das necessidades de divulgação das informações, considerando sua relevância para a saúde pública.

2. Implantação de um plano operacional que viabilize a propagação da comunicação em todos os níveis.
3. Estabelecimento de fluxo que permita a troca de informações com as organizações nacionais e internacionais de saúde pública e de assistência à saúde da população. Desta forma, o progresso e os impactos da pandemia serão permanentemente atualizados e repassados a todos os envolvidos no controle da pandemia.
4. Definição da cadeia de responsabilidades e das pessoas que atuarão como porta-vozes nos níveis central, regional e local.

Plano de Comunicação

Será construído e conduzido pelo grupo de trabalho, de acordo com as diferentes fases da pandemia e demandas dos diferentes grupos-alvo: imprensa, profissionais de saúde, governantes e parlamentares, grupos de risco específicos e o público geral. Para cada um destes grupos serão criados materiais específicos (artigos técnico-científicos, cartazes, folhetos, *releases*, cartilhas, guias de atendimento etc.) e utilizados canais de divulgação diversos (revistas especializadas, mídia em geral, internet, fax, teleconferência etc.). Para as áreas de fronteira, recomenda-se a produção de material em Português, Inglês e Espanhol.

O grupo de comunicação deve criar uma *homepage* específica sobre a pandemia, na qual constem informações sobre a epidemia, com ênfase regional (Estado de São Paulo), mas disponibilizando também as ações nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais (OMS). A *homepage* deverá permitir o acesso (*links*) a sites similares, desenvolvidos por outros países e/ou organizações internacionais.

Durante o período interpandêmico, deverão ser criados e estocados materiais de divulgação, como folhetos e cartazes, para pronta distribuição aos vários grupos-alvo. Os materiais produzidos deverão ser regularmente revistos e atualizados.

No caso dos porta-vozes, é importante ressaltar que deverá haver nomes disponíveis nos níveis central e regional, responsáveis por todas as comunicações à imprensa. As comunicações poderão ser diárias quando a pandemia for estabelecida localmente.

Garantindo respostas

A Coordenadoria de Comunicação da Secretaria ficará responsável pela definição e condução do plano de comunicação, em todas as suas fases. Deverá coletar e disseminar as informações relacionadas à pandemia no âmbito interno (Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde) e externo (atendimento

à grande imprensa e às mídias especializadas, tanto da Capital como do Interior do Estado), bem como produzir material de divulgação.

Para que as ações de comunicação surtam os efeitos desejados, é fundamental que a informação sobre a pandemia inclua a definição de caso suspeito e os casos confirmados, as regras para o uso da vacina e dos medicamentos antivirais, procedimentos padrão de assistência, número de casos identificados e sua evolução, óbitos causados pela pandemia e seu efeito sobre os serviços essenciais.

Bibliografia

1. Alexander DJ, Brown IH. Recent zoonoses caused by influenza A viruses. *Rev Sci Tech* 2000;19: 197225.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on infectious diseases. Influenza. In *Red Book*, 2004.
3. Canadian Pandemic Influenza Plan, Public Health Agency of Canada. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca>, 2005.
4. Canadian Pandemic Influenza Plan. Planning recommendations for the use of antivirals (anti-influenza drugs) in Canada during a pandemic. Available from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/>
5. Canadian Pandemic Influenza Plan. Chapter 2: Patient management I. Available from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Infection Control in Health-Care Facilities Caring for Patients with Known or Suspected Avian Influenza. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/avian/professional/infect-control.html> Interim-
7. Chomel, J.J., Remilleux, M.F., Marchand, P. & Aymard, M. Rapid diagnosis of influenza A. Comparison with ELISA immunocapture and culture. *J Virol Meth* 37, 337-50, 1992.
8. Cox, N & Bender, C. Molecular epidemiology of influenza of influenza. *Sem Virol* 6, 359-70, 1995.
9. Draft Pandemic Influenza Response and Preparedness Plan. Disponível em: <http://www.dhhs.gov>, November 2005.
10. Gani R, Huhes H, Fleming D, et al. Potential impact of antiviral drug use during influenza pandemic. *Emerg Infect Dis* [serial on the internet]. 2005 Sept. Available from <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no09/04-1344.htm>.
11. Hayden FG. Pandemic Influenza: is antiviral response realistic? *Ped Infect Dis J*. 23 (suppl 11):S262-9;2005.
12. Hayden FG, Belshe R, Villanueva C, et al. Management of influenza in households: a prospective, randomized comparison of oseltamivir treatment or without post exposure prophylaxis.
13. HHS Pandemic Influenza Plan. Supplement 5: Clinical guidelines. Available from <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/pdf/S05.pdf>.
14. HHS Pandemic Influenza Plan. Supplement 7: Antiviral drug distribution and use. Available from <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/pdf/S07.pdf>.
15. Horimoto T, Kawaoka Y. Pandemic threat posed by avian influenza *Microbiol Rev* 2001;14: 129149.
16. Kiso, M, Mitaura, K, Sakai-tagawa, Y., et al. Resistant influenza A viruses in children treated with oseltamivir: descriptive study. *Lancet* 3;364(9436):759-65;2004.
17. Ligon, B.L. Avian influenza virus H5N1: A review of its history and information regarding.

18. its potential to cause the next pandemic. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16: 326-335.
19. MAPA. Nota Técnica - PNSA nº 01/2004. Influenza Aviária. [Acesso em 23/10/2005].
20. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/>
21. Mather TN, Telford SR 3rd, MacLachlan AB, Spielman A. Incompetence of catbirds as reservoirs for the Lyme disease spirochete (*Borrelia burgdorferi*). *J Parasitol* 1989;75: 6669.
22. Ministério da Saúde. Influenza - Vigilância Epidemiológica no Brasil - Situação epidemiológica. [Acesso em 14/10/2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21728
23. Mishin, VP, Hayden, FG, Gubareva, LV. Susceptibilities of antiviral-resistant influenza viruses to novel neuraminidase inhibitors. *Antimicrob Agents Chemother*. 49:4515-20;2005.
24. Moraes HLS, Salle CTP. Influenza aviária. In *Doenças de Aves*. Berchieri JrA, Macari M. Ed Facta, 2000.
25. Moscovia, A. Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Engl J Med* 2005; 353: 1363-1373.
26. Nichol ST, Arikawa J, Kawaoka Y. Emerging viral diseases. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000;97: 12411-12412.
27. Paiva, T.M., Klimov, A., Hall, H., Bender, C., Subbarao, K., Cox, N. Molecular epidemiology of influenza virus isolated in Brazil from 1996-2000. In: Kawaoka, Y. (ed) *Options for the Control of influenza V*, pp 728-32, 2004, ICS Elsevier, Amsterdam.
28. Pan American Health Organization and World Health Organization. Contingency plan for an influenza pandemic. 137th Session of The Executive Committee. Washington, D.C., USA, 30 September 2005.
29. Takimoto, S., Grandien, M., Ishida, M.A., Paiva, T.M., et al. - Comparison of enzyme-linked immunosorbent assay, indirect immunofluorescence assay, and virus isolation for detection of respiratory viruses in nasopharyngeal secretions. *J. Clin. Microbiol.*, 29: 470-474, 1991.
30. Webby RJ, Webster RG. Emergence of influenza A viruses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001;356: 1817-1828
31. World Health Organization. Who checklist for influenza pandemic preparedness planning. Available from http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4.pdf
32. WHO World Health Organization. Influenza Pandemic Plan. Available from http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf
33. WHO The Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5N1. Avian Influenza A (H5N1) infections in humans. *N Engl J Med* 2005; 353: 1374-1385.

34. World Health Organization 2005. WHO global influenza preparedness plan. [Acesso em 14/10/2005]. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5/en/index.html.

35. Zambon, M.C., Ellis, J.S., Sadler, C.J. & Fleming, D.M. The use of multiplex PCR for typing and subtyping influenza viruses in a sentinel surveillance scheme in the UK. In: Brown, L.E., Hampson, A.W. & Webster, R.G. (eds) Options for the Control of Influenza III, pp. 607-14, 1996. ICS Elsevier, Amsterdam.

Endereços eletrônicos

<http://www.who.int/influenza>

<http://www.oie.int>

<http://www.fao.org>

<http://www.cdc.gov/flu/avian/index.htm>

<http://www.cdc.gov/flu/avian/outbreaks/asia.htm>

<http://www.hhs.gov/nvpo/pandemicplan/annex2.pdf>

<http://www.saude.gov.br/svs>

<http://www.anvisa.gov.br>

<http://www.agricultura.gov.br>

<http://www.agroportal.sp.gov.br>

<http://www.ial.sp.gov.br>

<http://www.butantan.gov.br>

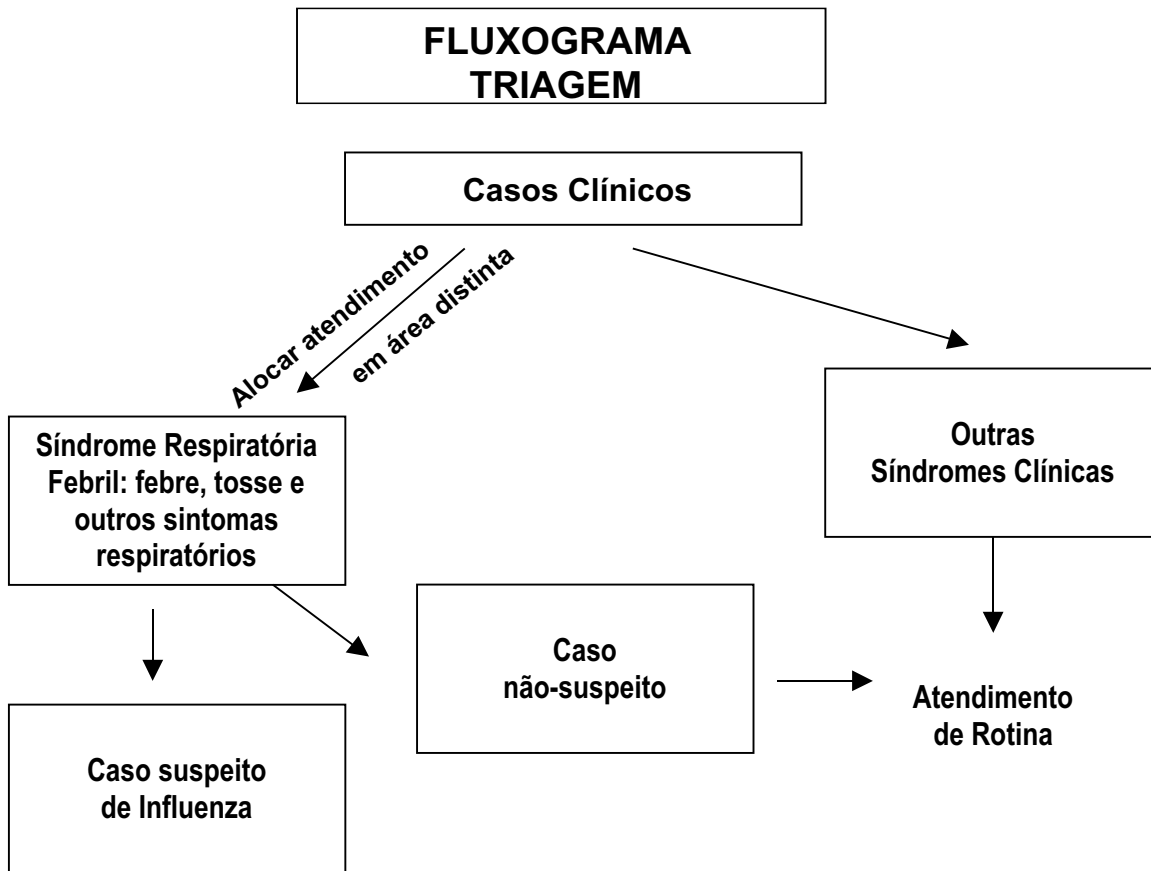
http://www.saude.pb.gov.br/web_data/portaria_33.doc

<http://www.grog.saude.sp.gov.br>

<http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Anexos

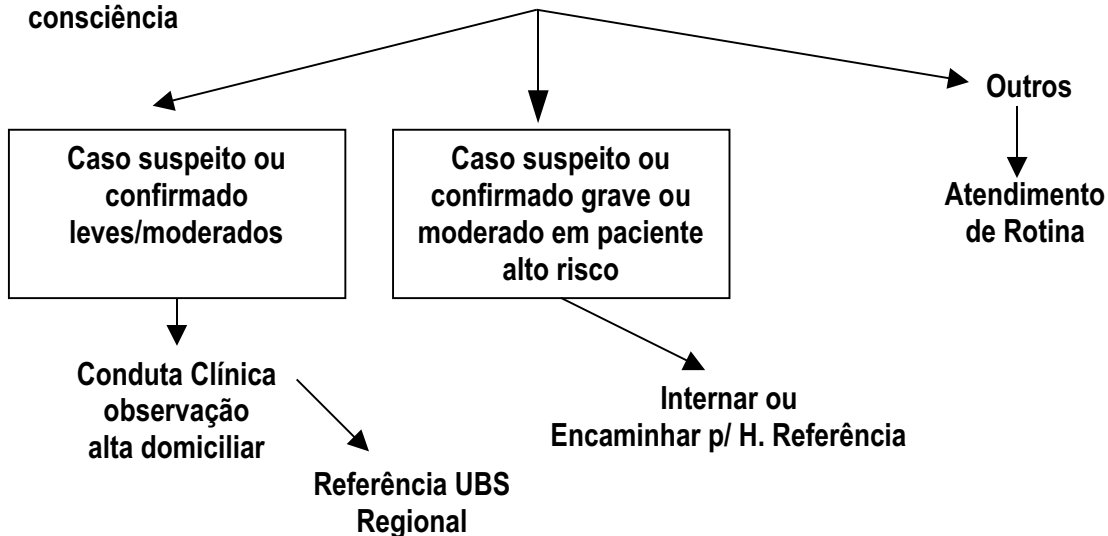
Anexo 1



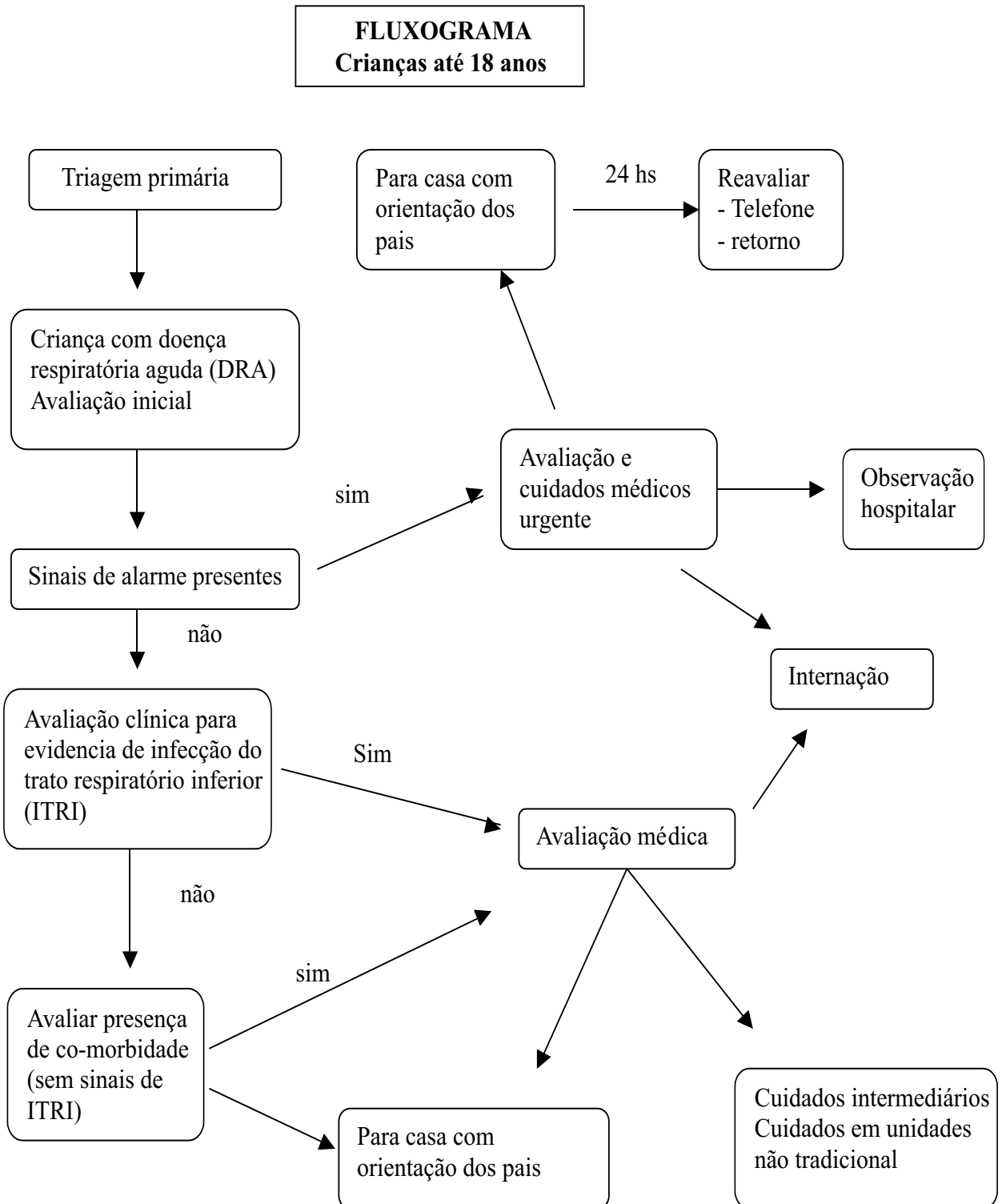
História/Exame Clínico

Categorização (infectado suspeito, inf. Confirmado, exposto, não - infectado alto risco, não-infectado)

Gravidade (leve/moderado/grave): história/alteração radiológica/alteração consciência

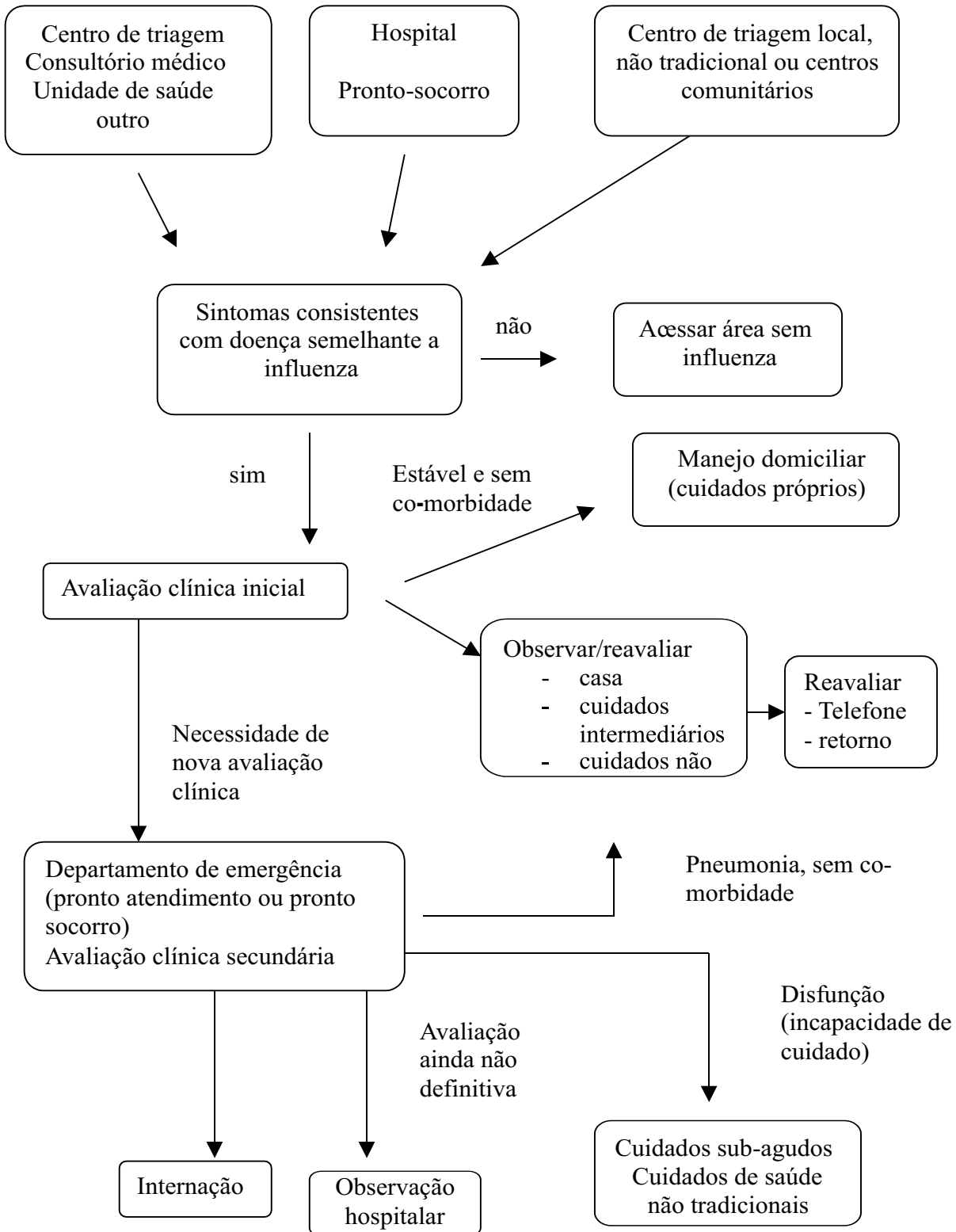


Anexo 2



Anexo 3

FLUXOGRAMA Adultos maiores de 18 anos



A serviço da saúde

O Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa) é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP), que veicula artigos relacionados aos agravos à saúde pública ocorridos nas diversas áreas de controle, assistência e diagnóstico laboratorial do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, o Bepa tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos que subsidiem as ações de prevenção e controle de doenças na rede pública, apoiando, ainda, a atuação dos profissionais do sistema de saúde privado, promovendo a atualização e o aprimoramento de ambos.

Publicado sempre no último dia do mês, está disponível no site do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (www.cve.saude.sp.gov.br, nos formatos html e PDF.

