

PROCOLO DE
TRATAMENTO DE *INFLUENZA*
2015



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE *INFLUENZA* 2015



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – versão eletrônica

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Edifício Sede, 1º andar, Sala 134
CEP: 70058-900, Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: svs@saude.gov.br

Organização

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
(CGDT/SVS)

Produção e projeto gráfico

Núcleo de Comunicação (Nucom/SVS)
Diagramação: Sabrina Lopes
Capa: Fred Lobo

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Tatiane Souza e Khamila Silva

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de *Influenza*: 2015 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 41 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/bvs>
ISBN 978-85-334-2341-1

1. *Influenza* humana – diagnóstico. 2. *Influenza* humana – prevenção & controle. 3. *Influenza* humana – epidemiologia. I. Título.

CDU 616.98

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0044

Título para indexação

Influenza Treatment Protocol: 2015

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
<i>INFLUENZA: CARACTERÍSTICAS GERAIS</i>	7
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	7
ASPECTOS CLÍNICOS	8
Sinais e sintomas	8
Complicações	9
Condições e fatores de risco para complicações	11
DEFINIÇÕES DE CASO	12
SÍNDROME GRIPAL	12
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	12
MANEJO CLÍNICO	14
SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES COM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES	14
SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES	15
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	15
INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	16
GESTANTES E PUÉRPERAS	16
TRATAMENTO: USO DE ANTIVIRAIS NA INFECÇÃO POR <i>INFLUENZA</i>	18
TRATAMENTO	19
DOSE PARA TRATAMENTO NO PERÍODO NEONATAL	19
TRATAMENTO COM ZANAMIVIR	20
DOSE PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL	20
TRATAMENTO ADJUNTO DE ANTIBIÓTICO COM O ANTIVIRAL	22
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	22

MEDIDAS PREVENTIVAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	24
CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	24
Precaução padrão	24
Precauções para gotículas	24
Situações em que haja geração de aerossóis	25
Limpeza e desinfecção de superfícies	25
MANEJO DO RECÉM-NASCIDO (RN) FILHO DE MÃE COM <i>INFLUENZA</i> OU SUSPEITA CLÍNICA	26
Mãe com sintomas de <i>influenza</i> e RN clinicamente estável	26
Criança hospitalizada com sintomas de <i>influenza</i>	26
ORIENTAÇÕES	27
VACINA	27
Vacinação anual dos profissionais de saúde	28
Outras medidas que evitam a transmissão da <i>influenza</i> e outras doenças respiratórias	28
QUIMIOPROFILAXIA	29
INDICAÇÕES DA QUIMIOPROFILAXIA PARA <i>INFLUENZA</i>	29
Quimioprofilaxia em instituições fechadas e hospitais de longa permanência	30
QUIMIOPROFILAXIA: USO DE ANTIVIRAL	31
Quimioprofilaxia para crianças de até 1 ano de idade	32
VIGILÂNCIA E CONTROLE	33
CONDUTAS FRENTE A SURTOS/EVENTOS	33
Recomendações para instituições fechadas e hospitais de longa permanência	33
Recomendações para escolas e creches	34
Recomendações para população privada de liberdade	35
NOTIFICAÇÕES	35
REFERÊNCIAS	37
ANEXO	39

APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2014, com base no perfil epidemiológico da *influenza* no Brasil, o Ministério da Saúde realizou, em parceria com a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), uma revisão do Protocolo de Tratamento de *Influenza* 2013, com destaque para a importância do tratamento oportuno de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG) conforme condição e fatores de risco. Para tanto, foram revisadas e redefinidas algumas condutas a serem instituídas diante dos casos suspeitos de *influenza*. Este protocolo tem o objetivo de orientar a conduta terapêutica aos casos de SG e SRAG suspeitos para *influenza* no País, bem como as medidas de controle a serem estabelecidas, tanto em ambientes domiciliares como em instituições fechadas, além das medidas de controle de infecção hospitalar.

INFLUENZA: CARACTERÍSTICAS GERAIS

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A *influenza* ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente no outono e no inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no Sul e Sudeste do País.

Algumas pessoas, como idosos, crianças, gestantes e pessoas com alguma comorbidade, possuem um risco maior de desenvolver complicações devido à *influenza*. A melhor maneira de se prevenir contra a doença, é vacinar-se anualmente.

A vacina é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus *influenza* reduzindo o agravamento da doença. A estratégia de vacinação na rede pública de saúde foi sendo ampliada e, atualmente, a vacinação é indicada para indivíduos com 60 anos ou mais de idade, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional, povos indígenas, crianças com idade de 6 meses a menor de 5 anos, profissionais de saúde, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde com sociedades científicas), gestantes e puérperas.

Aliada às estratégias de vacinação, igualmente é de grande importância a adoção de medidas de prevenção e controle para *influenza* e o monitoramento dos dados de circulação dos vírus. A Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis, por meio da área técnica de *influenza*, monitora os dados epidemiológicos da *influenza* semanalmente, por meio da elaboração de Boletins Epidemiológicos. As publicações podem ser acessadas por meio do endereço eletrônico <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-influenza>>.

Mesmo com os avanços das ações de controle e prevenção para *influenza* no Brasil, ainda observa-se mortalidade elevada por *influenza*. No Brasil, em 2014,

dos casos de SRAG hospitalizados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) *Web Influenza*, 9,7% foram confirmados para *influenza*. Houve predomínio do vírus *influenza* A(H3N2), com proporção de 58,1% e o início da sazonalidade foi observada no final do mês de março. Entre os óbitos notificados por SRAG, 14,1% foram confirmados para *influenza*, dos quais 50% foram por *influenza* A(H1N1)pdm09.

Os dados epidemiológicos mostram a necessidade de avanços no tratamento oportuno com o antiviral e o adequado manejo clínico dos casos suspeitos para *influenza*, especialmente no que se relaciona a oportunidade do tratamento, é válido ressaltar a importância da administração preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas.

ASPECTOS CLÍNICOS

O período de incubação da *influenza* dura de um a quatro dias. A transmissibilidade em adultos ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e dura até três dias após o final da febre. Nas crianças pode durar em média dez dias, podendo se prolongar por mais tempo em pacientes imunossuprimidos.

8

Sinais e sintomas

Infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais acentuada em crianças.

Os demais sinais e sintomas são habitualmente de aparecimento súbito, como:

- Calafrios.
- Mal-estar.
- Cefaleia.
- Mialgia.

- Dor de garganta.
- Artralgia.
- Prostração.
- Rinorreia.
- Tosse seca.

Podem ainda estar presentes:

- Diarreia.
- Vômito.
- Fadiga.
- Rouquidão.
- Hiperemia conjuntival.

As queixas respiratórias, com exceção da tosse, 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 frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

Complicações

A evolução da gripe (*influenza*) geralmente tem 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.

As complicações mais comuns são:

- Pneumonia bacteriana e por outros vírus.
- Sinusite.
- Otite.
- Desidratação.

- Piora de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, asma ou diabetes.
- Pneumonia primária por *influenza*, que ocorre predominantemente em pessoas com doenças cardiovasculares (especialmente doença reumática com estenose mitral) ou em mulheres grávidas.

São sinais de agravamento (piora do estado clínico):

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia – SpO₂ < 95%.
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus *influenza* ou secundária a uma infecção bacteriana).
- Exacerbação de doença preexistente (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
- Disfunções orgânicas graves (exemplo: insuficiência renal aguda).
- Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
- Alteração do sensório.
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.
- Desidratação.

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

Condições e fatores de risco para complicações

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- Adultos ≥ 60 anos.
- Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
- População indígena aldeada.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
- Indivíduos que apresentem:
 - › Pneumopatias (incluindo asma).
 - › Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
 - › Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica).
 - › Nefropatias.
 - › Hepatopatias.
 - › Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
 - › Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*).
 - › Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
 - › Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros.
 - › Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

DEFINIÇÕES DE CASO

Para o correto manejo clínico da *influenza*, é preciso considerar e diferenciar os casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

SÍNDROME GRIPAL

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade, com síndrome gripal (conforme definição acima e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de $SpO_2 < 95\%$ em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Ou

Indivíduo de qualquer idade com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda, durante período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas a seguir:

Alterações laboratoriais

- Hemograma (leucocitose, leucopenia ou neutrofilia).
- Bioquímica do sangue (alterações enzimáticas, musculares e hepáticas).

Radiografia de tórax

- Infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

MANEJO CLÍNICO

Os benefícios do uso do antiviral em pacientes de SG e SRAG suspeitos para *influenza* já foram amplamente comprovados por estudos clínicos, observados no manejo clínico de pacientes durante a pandemia de 2009 e reforçados no protocolo da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e em consultas referendadas pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES COM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial.

Esta indicação fundamenta-se no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da *influenza*, em pacientes com condições e fatores de risco para complicações.

Em pacientes com condições e fatores de risco para complicações e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

A prescrição do fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação.

Todos os pacientes com síndrome gripal devem ser orientados para retornar ao serviço de saúde em caso de piora do quadro clínico, quando deverão ser reavaliados quanto aos critérios de SRAG ou outros sinais de agravamento.

Todos os pacientes que apresentarem sinais de agravamento devem também receber de imediato o tratamento com o fosfato de oseltamivir (Tamiflu®).

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

- Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigenoterapia, e manter monitoramento clínico.
- Indicar internação hospitalar.
- Iniciar **imediatamente** o tratamento com o fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) após a suspeita clínica, independentemente da coleta de material para exame laboratorial.
- Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.
- Para orientações sobre coleta de amostras acesse o Guia de Vigilância Epidemiológica no *link* <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>>.

INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

- Instabilidade hemodinâmica persistente após reposição volêmica.
- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%.
- Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, disfunção neurológica.

GESTANTES E PUÉRPERAS

As modificações fisiológicas da gestação tornam a mulher mais vulnerável a complicações por infecções respiratórias, fato evidenciado pela maior mortalidade registrada neste segmento populacional durante a pandemia de *influenza* em 2009.

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por *influenza*.

16

Para este grupo, recomenda-se:

- Na consulta médica deve ser realizado o exame físico, incluindo ausculta e frequência respiratória, assim como os demais sinais vitais e a aferição da oximetria de pulso.
- Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal.
- Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo SpO₂ <95%, considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar.

- Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, preferencialmente com o fosfato de oseltamivir (Tamiflu), na dose habitual para adultos, indicado também na ausência de sinais de agravamento.
- Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia.
- Precauções com o recém-nascido no puerpério (ver item que trata sobre o Manejo do Recém-Nascido (RN) filho de mãe com *influenza* ou suspeita clínica).

O tratamento com fosfato de oseltamivir não é contraindicado na gestação (categoria C) e sua segurança foi comprovada.

TRATAMENTO: USO DE ANTIVIRAIS NA INFECÇÃO POR INFLUENZA

Os antivirais fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) e zanamivir (Relenza®) são medicamentos inibidores de neuraminidase, classe de drogas planejadas contra o vírus *influenza*. O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus *influenza*.

Estudos observacionais incluindo pacientes hospitalizados demonstraram maior benefício clínico quando o fosfato de oseltamivir é iniciado até 48 horas do início dos sintomas. Entretanto, alguns estudos sugerem que o fosfato de oseltamivir pode ainda ser benéfico para pacientes hospitalizados se iniciado de quatro a cinco dias após o início do quadro clínico.

No caso de pacientes gestantes, em qualquer trimestre, com infecção por *influenza* A(H1N1)pdm09, o maior benefício em prevenir falência respiratória e óbito foi demonstrado nos casos que receberam tratamento até 72 horas, porém ainda houve benefício quando iniciado entre três a quatro dias após o início dos sintomas, quando comparado com casos que receberam o antiviral após cinco dias do início do quadro clínico.

O tratamento dos pacientes com grave infecção por *influenza* (hospitalizados) apresenta muitos desafios. Os efeitos do uso dos antivirais em situações clínicas graves não foram avaliados em estudos clínicos, uma vez que a maior parte dos estudos clínicos anteriores foram conduzidos em pacientes ambulatoriais apresentando apenas síndrome gripal.

Para a prescrição deste medicamento é usado o receituário simples. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza este medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

TRATAMENTO

Tabela 1 Posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
		0 a 8 meses	3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias
Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Criança ≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	

Fonte: GSK/Roche e CDC adaptado.

DOSE PARA TRATAMENTO NO PERÍODO NEONATAL

Recém-Nascido Pré-Termo:

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade.

Período Neonatal:

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade.
- 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade.
- 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas.

OBS.: Tratamento durante cinco dias.

TRATAMENTO COM ZANAMIVIR

A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de intolerância gastrointestinal grave, alergia e resistência ao fosfato de oseltamivir (Tamiflu®).

- O zanamivir é contraindicado em menores de 5 anos para tratamento ou para quimioprofilaxia e para todo paciente com doença respiratória crônica pelo risco de broncoespasmo severo.
- O zanamivir não pode ser administrado em paciente em ventilação mecânica porque essa medicação pode obstruir os circuitos do ventilador.

DOSE PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL

A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal, com base no clearance de creatinina. As recomendações para o ajuste estão resumidas na Tabela 2:

Tabela 2 Oseltamivir – Recomendações para ajuste de doses na insuficiência renal

COMPROMETIMENTO RENAL / CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance > 60-90 mL/min	75 mg 12/12 h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado Clearance > 30-60 mL/min	30 mg 12/12 h	30 mg 1 vez ao dia
Severo Clearance > 10-30 mL/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 mL/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*.	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise.
Pacientes em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial – DPCA Clearance ≤ 10 mL/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise.	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

Fonte: CDC adaptado.

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas dois sessões de diálise.

Em hemodiálise, a dose deve ser 30 mg após cada sessão de hemodiálise e, em diálise peritoneal, a dose de 30 mg, uma vez por semana.

Hemodiálise

1 hora após a sessão em dias alternados no total de cinco dias consecutivos (pacientes com diálise em regime de três vezes por semana) ou seja, total de três doses de 30 mg de oseltamivir equivaleria ao tratamento total habitualmente recomendado de cinco dias para pacientes não portadores de insuficiência renal crônica.

Diálise peritoneal

Recomendado apenas uma dose uma vez por semana, a qual equivaleria ao tratamento completo. E para profilaxia uma dose uma vez por semana, durante duas semanas.

TRATAMENTO ADJUNTO DE ANTIBIÓTICO COM O ANTIVIRAL

Recomenda-se que os médicos sigam as indicações dos protocolos/consensos divulgados pelas sociedades de especialidades, como Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- A dose de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) para adultos é de 75 mg, duas vezes ao dia, por cinco dias.
- Em situações especiais o julgamento clínico e virológico (testes laboratoriais) de amostras respiratórias do trato inferior devem guiar a decisão terapêutica para prolongar o tratamento por período superior a cinco dias em pacientes com doença grave ou prolongada.
- Os tratamentos mais longos podem ser necessários em pacientes imunossuprimidos, os quais podem apresentar replicação viral prolongada. Estes

pacientes apresentam risco de desenvolver resistência. Alguns autores sugerem o uso de doses dobradas nestes pacientes, embora mais estudos clínicos em imunossuprimidos ainda sejam necessários; resultados controversos foram obtidos em estudos observacionais.

- Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento deve ser administrando uma dose adicional.

MEDIDAS PREVENTIVAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Precaução padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

- Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- Uso de óculos e máscara se houver risco de respingos.
- Fazer o descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no *link* <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>.

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, devem ser implantadas as precauções para gotículas, que devem ser utilizadas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por *influenza*. As gotículas respiratórias que têm cerca de > 5 µm de tamanho, provocadas por tosse, espirro ou fala, não se propagam por mais de 1 metro da fonte e relacionam-se à transmissão de contato da gotícula com mucosa ou conjuntiva da boca ou nariz de indivíduo susceptível. Recomenda-se:

- Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.
- Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool gel).
- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.
- Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização).
- Uso de dispositivos de sucção fechados.
- Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.
- Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com fosfato de oseltamivir.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis – partículas < 5 µm, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos (exemplo: intubação, sucção, nebulização), recomenda-se:

- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas, óculos e máscara [respirador] tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 – pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente.
- Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.
- Uso de máscara (respirador) tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.
- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

Limpeza e desinfecção de superfícies

- Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente.
- Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros.

- Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%.
- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado.
- Fazer descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no *link* <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>.

MANEJO DO RECÉM-NASCIDO (RN) FILHO DE MÃE COM INFLUENZA OU SUSPEITA CLÍNICA

Mãe com sintomas de *influenza* e RN clinicamente estável

- Manter preferencialmente o binômio em quarto privativo.
- Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.
- Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns do hospital, utilizar máscara cirúrgica.

Criança hospitalizada com sintomas de *influenza*

- Utilizar preferencialmente quarto privativo ou distância mínima entre leitos de 1 metro.

- Em Unidade Neonatal o quarto privativo poderá ser substituído pelo uso de incubadora mantendo as demais orientações quanto à distância entre leitos e à adesão às precauções por gotículas e padrão por profissionais da saúde.
- Orientar pais ou acompanhante a higienizar as mãos antes e após tocar na criança ou após tocar no espaço perileito.
- Caso o acompanhante apresente sintomas respiratórios, orientar etiqueta respiratória, com higienização das mãos, utilizar máscara cirúrgica em áreas compartilhadas por outros pacientes ou profissionais da saúde.

ORIENTAÇÕES

Para redução do risco de adquirir ou transmitir doenças respiratórias, orientar-se que sejam adotadas medidas gerais de prevenção. Os profissionais de saúde devem realizar ações voltadas para Educação em Saúde com as instituições e comunidades em que atuam, de forma que cada indivíduo tenha conhecimento sobre as principais medidas de precaução e controle de infecção.

VACINA

O controle da *influenza* requer vigilância qualificada, somada às ações de imunizações anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade e com maior risco para desenvolver complicações.

A vacinação anual contra *influenza* é a principal medida utilizada para se prevenir a doença, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade durante o período de circulação sazonal do vírus *influenza* reduzindo o agravamento da doença.

É recomendada vacinação anual contra *influenza* para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de

anticorpos protetores. Esta recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior.

Vacinação anual dos profissionais de saúde

Segundo informe da campanha contra *influenza* do Ministério da Saúde (2014), os profissionais de saúde são mais expostos à *influenza* e estão incluídos nos grupos prioritários para vacinação, não apenas para sua proteção individual, mas também para evitar a transmissão dos vírus aos pacientes de alto risco.

Outras medidas que evitam a transmissão da *influenza* e outras doenças respiratórias

- Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento.
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal.
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.
- Manter os ambientes bem ventilados.
- Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de *influenza*.
- Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados).
- Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos.
- Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre.

QUIMIOPROFILAXIA

Os medicamentos antivirais apresentam de 70% a 90% de efetividade na prevenção da *influenza* e constituem ferramenta adjuvante da vacinação. Entretanto, a quimioprofilaxia indiscriminada NÃO é recomendável, pois pode promover o aparecimento de resistência viral.

A quimioprofilaxia com antiviral não é recomendada se o período após a última exposição* a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas.

***Considera-se exposição a pessoa que teve contato com caso suspeito ou confirmado para *influenza*.**

Para que a quimioprofilaxia seja efetiva, o antiviral deve ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com *influenza* e continuar por mais sete dias após a última exposição conhecida.

INDICAÇÕES DA QUIMIOPROFILAXIA PARA *INFLUENZA*

- Pessoas com risco elevado de complicações não vacinadas ou vacinadas há menos de duas semanas, após exposição a caso suspeito ou confirmado de *influenza*.
- Crianças com menos de 9 anos de idade, primovacinas, necessitam de segunda dose da vacina com intervalo de um mês para serem consideradas vacinadas. Aquelas com condições ou fatores de risco, que foram expostas a caso suspeito ou confirmado no intervalo entre a primeira e a segunda dose ou com menos de duas semanas após a segunda dose, deverão receber quimioprofilaxia se tiverem comorbidades.

- Pessoas com graves deficiências imunológicas (exemplos: pessoas que usam medicamentos imunossupressores; pessoas com aids com imunodepressão avançada) ou outros fatores que possam interferir na resposta à vacinação contra a *influenza*, após contato com pessoa com infecção.
- Profissionais de laboratório, não vacinados ou vacinados a menos de 15 dias, que tenham manipulado amostras clínicas de origem respiratória que contenham o vírus *influenza* sem uso adequado de EPI.
- Trabalhadores de saúde, não vacinados ou vacinados a menos de 15 dias, e que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos geradores de aerossóis ou na manipulação de secreções de caso suspeito ou confirmado de *influenza* sem o uso adequado de EPI.
- Residentes de alto risco em instituições fechadas e hospitais de longa permanência, durante surtos na instituição.

Quimioprofilaxia em instituições fechadas e hospitais de longa permanência

Definição de instituição fechada e hospitais de longa permanência: aqueles com pernoite de residente e trabalhador (exemplos: asilos, orfanatos, presídios, hospitais psiquiátricos).

Definição de surto em instituições fechadas ou hospitais de longa permanência: ocorrência de dois casos suspeitos ou confirmados para *influenza* com vínculo epidemiológico.

A quimioprofilaxia para todos os residentes ou internos é recomendada para controlar surtos somente se a instituição ou hospital de longa permanência for destino para pessoas com condições e fatores de risco para complicações (item 1.3.3). Neste caso, indica-se:

- Em surto suspeito ou confirmado de *influenza* nesses ambientes, é recomendado o uso de quimioprofilaxia antiviral para todos os expostos residentes ou internados, independentemente da situação vacinal. Para

trabalhadores e profissionais de saúde, é recomendado somente para os não vacinados ou vacinados há menos de duas semanas.

- É recomendável a quimioprofilaxia com antiviral na instituição por no mínimo duas semanas e até pelo menos sete dias após a identificação do último caso.

QUIMIOPROFILAXIA: USO DE ANTIVIRAL

Tabela 3 Posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA	QUIMIOPROFILAXIA	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg/dia, VO / 10 dias	
	≤ 15 kg	30 mg/dia, VO / 10 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	> 15 kg a 23 kg	45 mg/dia, VO / 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg/dia, VO / 10 dias
		> 40 kg	75 mg/dia, VO / 10 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg ao dia, 10 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias	
	Criança	≥ 5 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg uma vez ao dia, 10 dias	

Fonte: GSK/Roche e CDC adaptado.

OBS.: A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de impossibilidade clínica da manutenção do uso do fosfato de oseltamivir (Tamiflu®).

Quimioprofilaxia para crianças de até 1 ano de idade

- Menos de 3 meses – não é recomendado a menos que a situação seja julgada crítica.
- 0-8 meses = 3 mg/kg, uma vez ao dia.
- 8-11 meses = 3,5 mg/kg, uma vez ao dia
- 1 ano ou mais – dose varia de acordo com o peso:
 - < 15 kg, 30 mg uma vez ao dia.
 - > 15 a 23 kg, 45 mg uma vez ao dia.
 - > 23 a 40 kg, 60 mg uma vez ao dia.
 - > 40 kg, 75 mg uma vez ao dia.

OBS.: Tratamento durante 10 dias.

(*Acip Updates Guidelines for Use of Antiviral Agents for Influenza* <www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6001.pdf>)

VIGILÂNCIA E CONTROLE

O controle da *influenza* requer vigilância qualificada, que seja capaz de orientar de forma técnica e permanente os responsáveis quanto à decisão e à execução de ações de controle.

CONDUTAS FRENTE A SURTOS/EVENTOS

A *influenza* pode se disseminar rapidamente entre as populações, especialmente as que vivem em ambientes restritos ou fechados, podendo causar morbidade considerável e interrupção das atividades diárias. Por isso, é importante que, mediante situações de surto ou epidemia, sejam adotadas medidas específicas para interrupção.

Recomendações para instituições fechadas e hospitais de longa permanência

- Vacinar anualmente todos os residentes e funcionários.
- Realizar coleta de amostra para diagnóstico de *influenza* em caso suspeito, até que se tenham no mínimo dois casos confirmados.
- Realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso.
- Realizar quimioprofilaxia.
- Implementar medidas de prevenção – precaução padrão e precaução de gotículas e aerossóis – para todos os residentes e internados com suspeita ou confirmação de *influenza* por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios.
- Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte (pessoas com sintomas compatíveis).
- Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.

- Outras medidas incluem:
 - › Residentes sintomáticos devem ser mantidos, na medida do possível, em seus quartos. Caso circulem, usar máscara cirúrgica.
 - › Limitar aglomeração, considerando a possibilidade de servir refeição no quarto.
 - › Restringir movimentação dos profissionais que atuam em áreas onde há doentes para áreas não atingidas pelo surto.
 - › Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.

Recomendações para escolas e creches

- Não há indicação de quimioprofilaxia para comunidade escolar, exceto nas indicações citadas, devendo somente receber quimioprofilaxia individual pessoas consideradas com condições e fator de risco para complicações por *influenza*.
- Alunos, professores e demais funcionários que adoecerem devem permanecer em afastamento temporário por 48 horas na suspeita clínica de *influenza*, podendo ser liberado o retorno à escola se clinicamente estável, sem uso de antitérmico e sem febre por 24 horas.
- Ao retornar a escola manter cuidados de etiqueta respiratória durante sintomas respiratórios.
- Não está indicada a suspensão de aulas e outras atividades para controle de surto de *influenza* como medida de prevenção e controle de infecção.
- Devem ser adotadas as seguintes medidas preventivas:
 - › Cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso.
 - › Lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar.
 - › No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel.
 - › Evitar tocar olhos, nariz ou boca.
 - › Evitar contato próximo com pessoas doentes.

Recomendações para população privada de liberdade

- Vacinar anualmente a população privada de liberdade (carcerária).
- Não há indicação de quimioprofilaxia para a população carcerária em caso de surto, por esta não se tratar de população de risco de complicação para *influenza*. Deve ser feita a quimioprofilaxia somente para pessoas expostas, consideradas com condição ou fator de risco para complicações.
- O caso suspeito ou confirmado deverá ser mantido em cela individual.
- Evitar trânsito de profissionais entre alas com e sem doentes.
- Realizar coleta de amostra para diagnóstico de *influenza* em caso suspeito até que haja no mínimo dois casos confirmados.
- Realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso.
- Devem ser orientados à prática das seguintes medidas preventivas:
 - › Cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso.
 - › Lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar.
 - › No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel.
 - › Evitar tocar olhos, nariz ou boca.

NOTIFICAÇÕES

- Todo o caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizado deve ser notificado (Sinan *influenza Web*).
- Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada.
- O Brasil possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da *influenza*, distribuídas em serviços de saúde, em todas as unidades federadas do País, que monitoram a circulação do vírus *influenza* através de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

Outras informações podem ser obtidas nos seguintes endereços:

www.saude.gov.br/svs (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS)

www.who.int/en/ (Organização Mundial da Saúde)

www.paho.org (Organização Pan-Americana da Saúde)

www.cdc.gov (Centers for Disease Control and Prevention)

www.anvisa.gov.br (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Bulário Eletrônico**: Relenza Glaxosmithkline Brasil Ltda. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmResultado.asp>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. **Resolução nº 306, de 7 de dezembro de 2004**. Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children: 2014-2015**. Published online november 2014. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/09/17/peds.2014-2413.full.pdf+html>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

BEAU, A. B. et al. Safety of oseltamivir during pregnancy: a comparative study using the EFEMERIS database. **BJOG**, v. 121, n. 7, p. 895-900, Jun 2014. doi: 10.1111/1471-0528.12617.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde – Brasília** : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf> Acesso em: 9 fev. 2015.

_____. Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da Campanha Nacional contra influenza 2014**.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of *Influenza* Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **Recommendations**

and Reports, [S.l.], v. 60, n. 1, January 21, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6001.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. **CDC Recommendations for the Amount of Time Persons with Influenza-Like Illness Should be Away from Others.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/exclusion.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. **Prevention Strategies for Seasonal Influenza in Healthcare Settings.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

DUNSTAN, H. J. et al. Pregnancy outcome following maternal use of zanamivir or oseltamivir during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic: a national prospective surveillance study. *BJOG*, v. 121, n. 7, p. 901-906. doi: 10.1111/1471-0528.12640. June 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A(H1N1) 2009 and other Influenza Viruses:** revised February 2010. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

38

TAMIFLU: fosfato de oseltamivir. Rio de Janeiro: Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A, 2012. Disponível em: <http://www.dialogoroche.com.br/content/dam/dialogo/pt_br/Bulas/T/TamifluC%C3%A1psulas/tamiflu-paciente-capsulas-20120119.pdf>. Acesso em: 16 mar.2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infection prevention and control during health care for confirmed, probable, or suspected cases of pandemic (H1N1) 2009 virus infection and influenza-like illnesses.** Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/cp150_2009_1612_ipc_interim_guidance_h1n1.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ANEXO

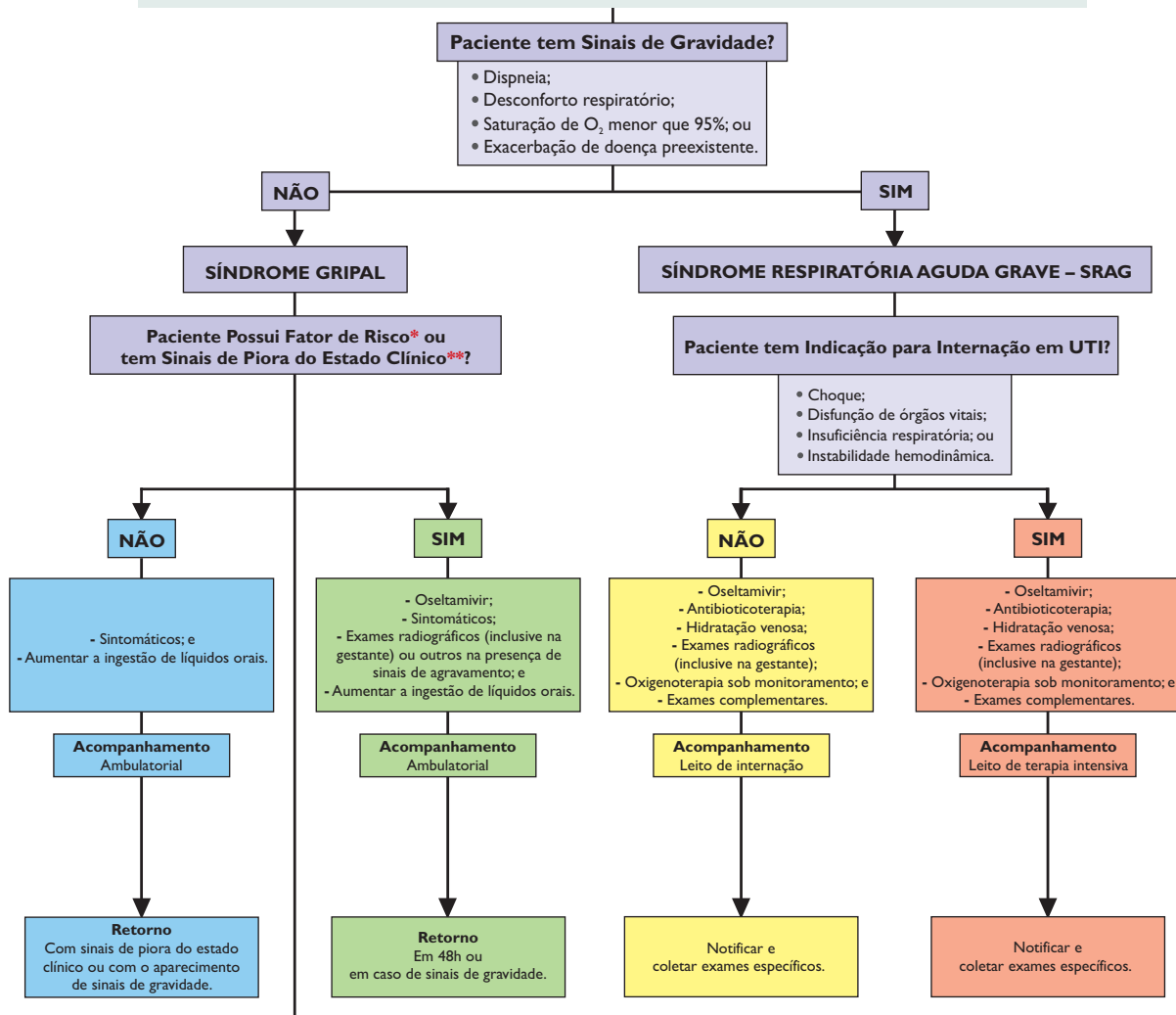
SÍNDROME GRIPAL / SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs.: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



* **Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

** **Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Fonte: SAS.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
OSELTAMIVIR	Adulto	75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias	
Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
	9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias			
Recém-nascido pré-termo	1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade		
	1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade		
Período Neonatal	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade		
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas		

* via oral.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

