



**Superintendência de Atenção à Saúde
Núcleo de Governança Clínica**

Tipo do documento	Protocolo Clínico	PRT/PMCI	Versão:01
		PRT nº26 Pág.: 1/18	
Título do documento	PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DA INFLUENZA	Data de emissão: 05/01/2022	
		Revisão: de acordo com a demanda	

1. Introdução

A influenza é uma infecção viral aguda que acomete, especialmente, o sistema respiratório. É de transmissibilidade elevada e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais, podendo também causar pandemias.

Os casos de influenza podem variar de quadros leves a graves e podem levar ao óbito. A doença pode ser causada pelo vírus do tipo A ou B. O vírus A está associado a epidemias e pandemias, tem comportamento sazonal e apresenta aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias. Habitualmente em cada ano circula mais de um tipo de influenza concomitantemente, por exemplo: influenza A (H1N1) influenza A (H3N2) e influenza B. Dependendo da virulência dos vírus circulantes, o número de hospitalizações e mortes aumenta substancialmente, não apenas por infecção primária, mas também pelas infecções secundárias por bactérias.

2. Aspectos Clínicos

O período de incubação da doença dura de 1 a 4 dias e a transmissão do vírus em adultos saudáveis ocorre entre 24 e 48 horas, sendo que o pico de excreção viral ocorre principalmente nas primeiras 24 até 72 horas do início dos sintomas e declina por volta do 5º dia após o início da doença. Crianças e pacientes imunossuprimidos, podem ter o período de transmissão prolongado.



O diagnóstico clínico é caracterizado por febre com sinais de comprometimento de vias aéreas superiores e com pelo menos um sinal de comprometimento sistêmico.

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

- Comprometimento de vias aéreas superiores: rinorreia, dor de garganta, disfonia (rouquidão) e tosse.
- Comprometimento sistêmico: mal-estar, calafrios, cefaleia e mialgia.

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.

3. Definições de caso

- Síndrome gripal -SG: 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 Grava- SRAG: indivíduo com síndrome gripal (conforme definição anterior) e **que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade**:

- Saturação de SpO₂ < 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;
- 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 – CPK – e hepáticas – TGO, TGP, bilirrubinas).
- **Radiografia de tórax:** infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

4. Complicações

Alguns casos podem evoluir com complicações, tais como: pneumonia bacteriana, sinusite, otite, desidratação, piora de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, asma ou diabetes; pneumonia primária por influenza.

- **Sinais de agravamento (piora do estado clínico)**
 - Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – ($SpO_2 < 95\%$);
 - Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana);
 - Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia);
 - Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60 mmHg);
 - Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas;
 - Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;
 - Desidratação;
 - Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
 - Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
 - Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL;



- **Sinais de Agravamento na criança**

- Persistência ou retorno da febre;
- Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome);
- Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente);
- Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar);
- Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores);
- Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores);
- Palidez cutânea e hipoxemia (SpO₂);
- Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

Tabela 1: Frequência cardíaca (por minuto) em crianças

IDADE	FREQUÊNCIA EM VIGÍLIA	FREQUÊNCIA
Recém -nascido	100 a 205	90 a 160
1 a 12 meses	100 a 180	90 a 160
1 a 2 anos	98 a 140	80 a 120
3 a 5 anos	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90

Tabela 2: Frequência respiratória (por minuto) em crianças

IDADE	FREQUÊNCIA
1 a 12 meses	30 a 53
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Tabela 3: Pressão arterial sistólica mínima (hipotensão) em crianças

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
Recém- nascido a termo (0 -28 dias)	< 60
Lactentes (1- 12 meses)	< 70
Crianças 1- 10 anos	< 70 + (2x idade em anos)
Maior que 10 anos	< 90



5. Manejo Clínico

- Suporte sintomático;
- Hidratação;
- Oseltamivir (tamiflu): utilizar preferencialmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas;
- Suporte ventilatório para pacientes que evoluírem com SRAG;
- Uso de antibioticoterapia deve ser considerado, caso paciente apresente sinais de pneumonia bacteriana secundária.

ATENÇÃO: os pacientes devem receber orientações sobre o retorno ao serviço de saúde se surgirem sinais de agravamento/ complicações (tópico 4).

5.1 Pacientes com Síndrome Gripal e Fatores de Risco para complicações

Os pacientes com síndrome gripal e com CONDIÇÕES/FATORES DE RISCO devem ser orientados para retornar ao serviço de saúde para revisão do quadro clínico, quando deverão ser reavaliados quanto aos critérios de SRAG ou outros sinais de agravamento.

- **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 \geq 60 anos;
 - Crianças $<$ 5 anos;
 - População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
 - 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 (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros;
- Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

5.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave- SRAG

- Indicar internação hospitalar;
- Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigenoterapia, e manter monitoramento clínico;
- Avaliação inicial deve incluir no mínimo aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar), exame cardiorrespiratório e oximetria de pulso; esta avaliação deve ser frequente (2-4 aferições no prazo de 4 horas);
- Deve ser estabelecido em prazo de 4 horas a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Iniciar imediatamente o tratamento com o fosfato de oseltamivir após a suspeita clínica;



→ Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.

5.3 Gestantes e Puérperas

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

- 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;
- São considerados sinais de alarme em gestantes valores de frequência respiratória >20 rpm ou frequência cardíaca >100 bpm;
- 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 considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar;
- Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir (Tamiflu), na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna;
- Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia;
- A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico uma vez que a hipertermia materna determina lesões no feto. A melhor opção é o paracetamol.

ATENÇÃO: para condutas mais específicas em relação à gestante CONSULTAR o **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CASO DE INFECÇÃO POR SARS-COV-2.**

Disponível em: <https://saude.aparecida.go.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2021/07/Protocolo-Clinico-Gestante-1.pdf>



6. Painei Viral

Solicitar painei viral para vírus respiratórios **SOMENTE** para os seguintes casos:

- Gestantes com sintomas respiratórios conforme PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CASO DE INFECÇÃO POR SARS-COV-2.
- Pacientes com sinais de SRAG (não solicitar painei viral para pacientes **sem sinais** de gravidade, ou que não estejam em SRAG).

Observações:

1-No contexto da pandemia por SARS-CoV-2, deve-se solicitar também, RT-PCR para SARS- CoV-2.

2-No caso de óbito por SRAG, fazer a coleta de material (swab nasal) para isolamento viral (painei viral) e RT-PCR para SARS -CoV-2 caso ainda não tenha sido coletado.

3-O Kit para coleta do painei viral por SRAG (exceto gestantes com sintomas respiratórios) será disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica do município de Aparecida de Goiânia.

7. Tratamento

O antiviral fosfato de Oseltamivir (Tamiflu) é um dos medicamentos inibidores da neuraminidase, classe de drogas indicadas contra o vírus da influenza.

A dose de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) para adultos é de 75 mg, duas vezes ao dia, por cinco dias.



MEDICAMENTO	FAIXA ETÁRIA/PESO	POSOLOGIA	
Fosfato de Oseltamivir (tamiflu)	Criança maior de 1 ano de idade	<= 15kg	30 mg, 12/12 h, 5 dias
		> 15kg a 23 kg	45 mg, 12/12 h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12 h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3mg/kg, 12/12 h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12 h, 5 dias

FONTE: Protocolo de Tratamento da Influenza 2017- Ministério da Saúde.

- Em situações especiais, o julgamento clínico e virológico (testes laboratoriais) de amostras respiratórias 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.
- Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento deve ser administrando uma dose adicional.

7.1 Dose para tratamento em recém-nascidos

- Idade gestacional (IG) 37 a < 38 semanas: 1 mg/kg/dose 12/12 horas de, 5 dias.
- IG 38 a 40 semanas: 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas, 5 dias.
- IG > 40 semanas: 3 mg/kg/dose de 12/12 horas, 5 dias.

Esse tratamento deve seguir as orientações sobre Oseltamivir (Tamiflu) para recém-nascido e criança da nota emitida pela Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde Gerência de Assistência Farmacêutica (anexo 01).

7.2 Locais de dispensação do Fosfato de Oseltamivir (tamiflu)

- CAIS Nova Era
 - CAIS Colina Azul
 - Farmácia Distrital do Centro
 - Farmácia Distrital do Parque das Nações
- Dosagem disponível do Oseltamivir: 75mg, 45mg e 30 mg.



ATENÇÃO: Para retirada da medicação é necessária a prescrição médica em duas vias, comprovante de endereço, cartão SUS e os documentos pessoais.

7.3 Atestado

O atestado médico de afastamento gerado por motivo de síndrome gripal é correspondente ao período entre 3 a 5 dias e/ou a critério clínico;

Obs: se ao final do período o paciente se mantiver sintomático o atestado poderá ser estendido, conforme critério médico.

8. Notificação

Todos os casos suspeitos de SRAG que estejam internados deverão ser notificados na ficha de SRAG Hospitalizado e reportados para o núcleo de vigilância do município para que seja otimizada a coleta de material (swab nasal) para isolamento viral. A NOTIFICAÇÃO É IMEDIATA, EM ATÉ 24HS E APENAS OS CASOS DE SRAG HOSPITALIZADO SERÃO COLETADOS AMOSTRA DE SWAB.

A coleta deverá ser realizada, preferencialmente, antes de iniciar o tratamento com antiviral. No entanto, não se deve prorrogar o início do tratamento esperando pelo procedimento. A coleta poderá ser realizada em até 72hs após o início da medicação e em até 07 dias após o início dos sintomas

- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Aparecida de Goiânia – Goiás Telefone: (62) 3545-9336
- E-mail: notifica.cievsapgyn@gmail.com

9. Medidas de Prevenção e Controle de Infecção

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.

Medidas de Prevenção Padrão

- 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.

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.

- Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do 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;
- Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos.

Situações em que haja a 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), recomenda-se:

- Uso de 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.
- Uso de máscara (respirador) tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde ao entrar na enfermaria/quarto/ estabilização.

10. Fluxo de Manejo Clínico do Paciente



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE

Síndrome Gripal: 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, na ausência de outro diagnóstico específico.

Obs.: em criança 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.

Paciente tem sinais de gravidade?

- Dispneia;
- Desconforto respiratório;
- Saturação de O₂ menor que 95% ou
- Exacerbação de doença preexistente.

NÃO

SÍNDROME GRIPAL

Paciente possui fator de risco* ou tem Sinais de Piora do Estado Clínico?**

NÃO

Medicamentos sintomáticos;
Aumentar a ingestão de líquidos orais.

Acompanhamento Ambulatorial

Retorno
Com sinais de piora do estado clínico ou com aparecimento dos sinais de gravidade.

SIM

- Oseltamivir;
- Medicamentos sintomáticos;
- Exames Radiográficos ou outros na presença de sinais de agravamento;
- Aumentar a ingestão de líquidos orais

Acompanhamento Ambulatorial

Retorno
Em 48 horas ou em caso de piora com aparecimento de sinais de gravidade.

SIM

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE -SRAG

Paciente tem indicação de para internação de UTI

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória ou
- Instabilidade hemodinâmica

NÃO

- Oseltamivir;
- Antibioterapia
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos;
- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Exames complementares.

Acompanhamento Leito de Internação

Notificar e coletar **RT- PCR para SARS- CoV-2**

SIM

- Oseltamivir;
- Antibioterapia;
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos;
- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Exames complementares

Acompanhamento Leito de terapia intensiva

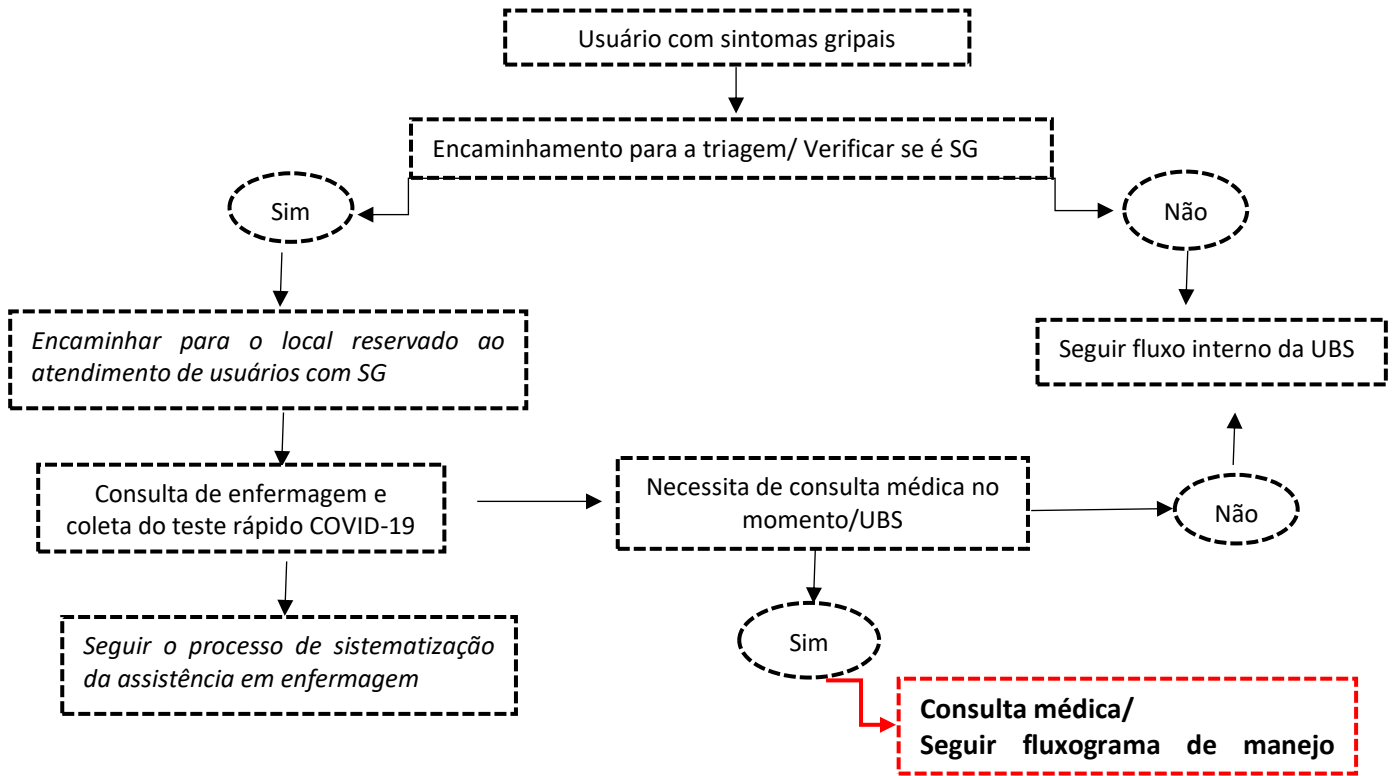
Notificar e coletar **painel viral e RT- PCR para SARS- CoV-2**

***Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (duas semanas após o parto); menores de 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de dois anos, especialmente em 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, hepatopatias e obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal maior ou igual 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

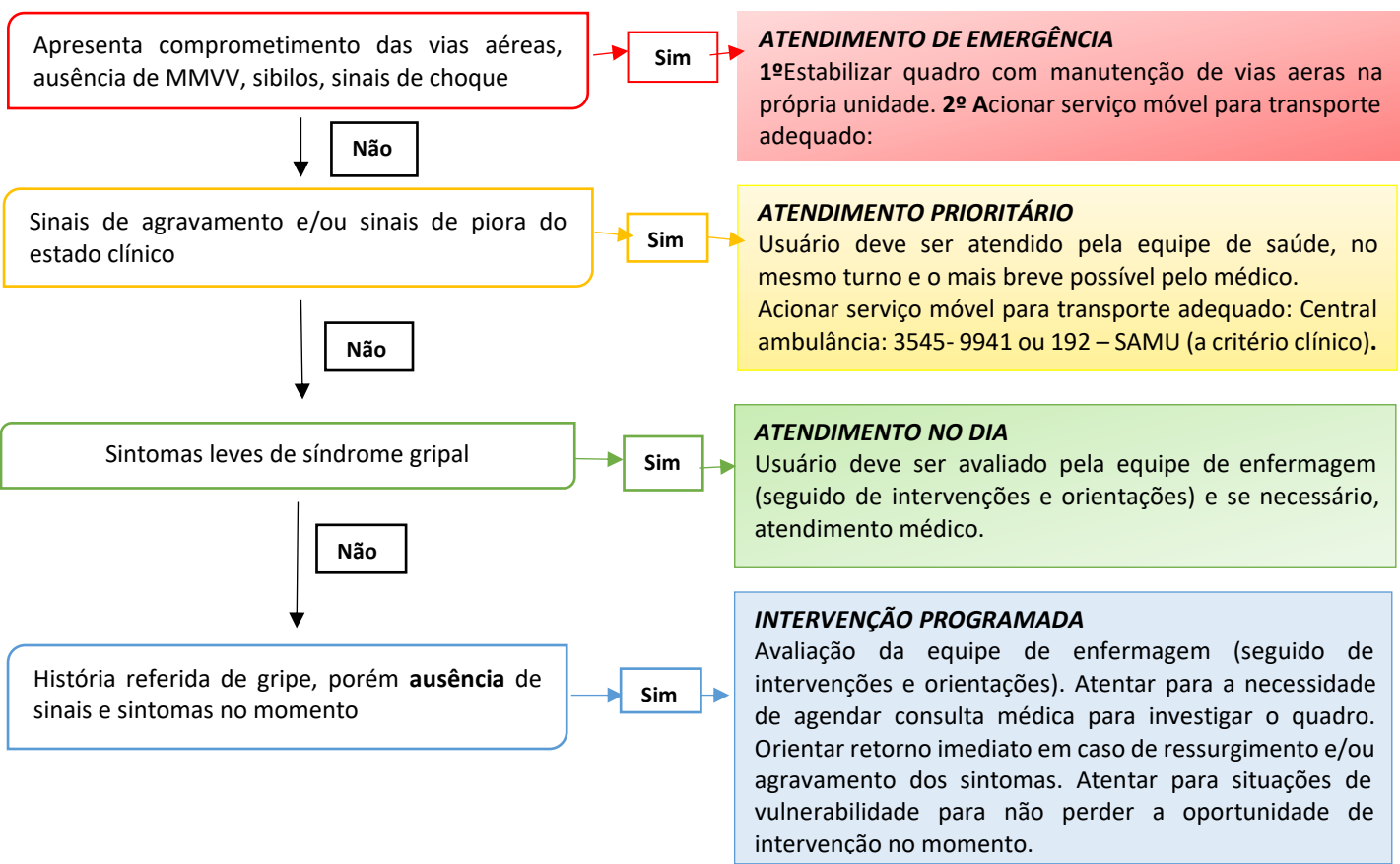
****Sinais de Piora do Estado Clínico:** aparecimento de dispneia ou taquipneia ou Saturação SpO₂ < 95%; persistência da febre por mais de 3 dias, exacerbação de doença preexistente, miosite comprovada por CPK (maior ou igual a 2 a 3 vezes), alteração do sensorio, disfunções orgânicas graves (por exemplo: Insuficiência renal aguda). Em crianças o quadro clínico poderá ser de letargia, hipoatividade, exacerbação dos sintomas gastrointestinais e desidratação.



11. FLUXO DE ATENDIMENTO DE SINDROME GRIPAL (SG) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)



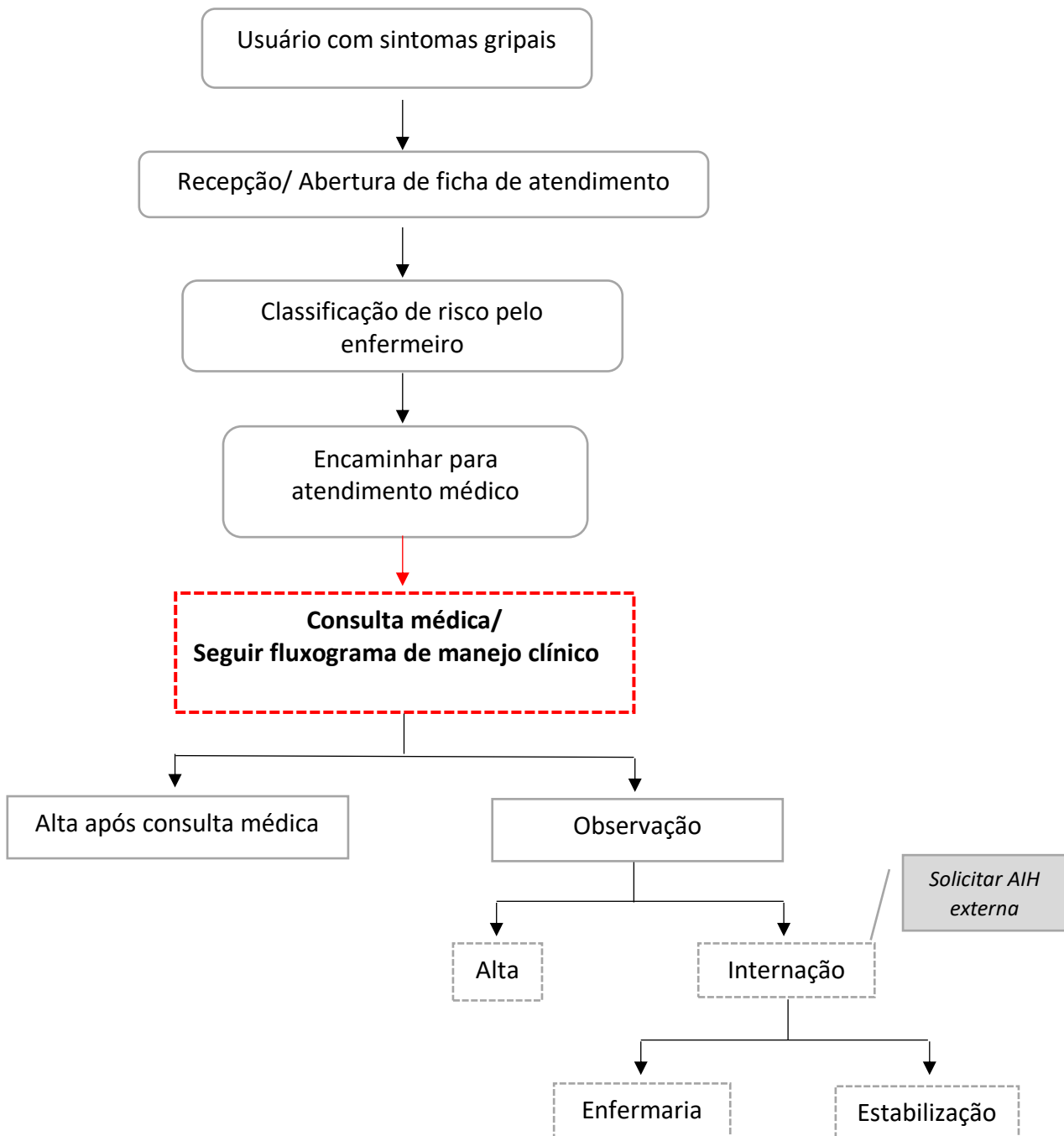
Atenção ao usuário com sinais de gravidade*



*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento a Demanda Espontânea. Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. n 28. Vol.II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012



**12. FLUXO DE ATENDIMENTO DE SINDROME GRIPAL NAS UNIDADES URGÊNCIA –
UPA E CAIS**





Referências

Informe Técnico 23ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza. Brasília 2021. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/16/informe-tecnico-influenza-2021.pdf>. Acesso em 30/12/2021.

Alerta Epidemiológico- INFLUENZA A (H3N2). Semana Epidemiológica-SE 51/2021. Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Aparecida de Goiânia Nº 06; 23/12/21

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Manejo da Influenza no Hospital Regional de Santa Maria- DF. Superintendência do Hospital Regional de Santa Maria. Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar. SEI/GDF - 77006540 – Memorando. Data: 29/12/2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Thais Kato de Sousa	Enfermeira/ Apoiadora	Núcleo de Governança Clínica
	Adrielle Cristina Silva Souza	Enfermeira/ Apoiadora	Apoiadora/ Núcleo de Governança Clínica
	Henrique do Carmo	Médico	Coordenação médica de Urgência e Atenção Especializada
	Murilo Moraes Castro	Médico/ Coordenador	Coordenação médica da Atenção Primária
	Frederico Ribeiro de Oliveira	Médico	Núcleo de Governança Clínica
Revisão	Thais Alarcon Duarte Braga	Médica	Infectologista da SMS
	Amanda Melo e Santos Limonge	Diretora de Atenção às Urgência	Diretoria de Urgência e Emergência e Atenção Especializada
	Katia Michelle dos Anjos Bonfim	Médica/ Coordenadora	Coordenação médica de Urgência e Atenção Especializada
	Dayne Priscylla Pires de Deus Caparroz	Enfermeira/ Coordenadora Interina	de Vigilância Epidemiológica
	Jade de Oliveira Melo	Farmacêutica	Almoxarifado de medicamentos
Aprovação	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
	Gustavo Amoury	Superintendente	Superintendente de Atenção à Saúde

ANEXO 01



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE
GOIÁS

Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

Orientação sobre Oseltamivir (Tamiflu) para crianças

Visto que o fabricante não disponibiliza a solução oral de oseltamivir, o Ministério da Saúde passou a distribuir o medicamento Oseltamivir (Tamiflu), em cápsulas de 30 mg e 45 mg, além da dosagem de 75 mg, já existente, estas destinadas a **crianças maiores de um ano**, conforme o peso da criança.

Para a administração desta medicação, recomendam-se os seguintes passos:

1. Verifique se você está usando a dose correta de acordo com a tabela abaixo

Para crianças MAIORES de um (1) ano (conforme o peso)

Peso da criança	Dose do Oseltamivir	Quantidade de cápsulas
10 a 14 kg	30 mg	01 cápsula de 12 em 12 hs, durante 05 dias
15 a 23 kg	45 mg	01 cápsula de 12 em 12 hs, durante 05 dias
23 a 40 kg	60 mg	02 cápsulas de 30 mg 12 em 12 hs, durante 05 dias
Acima de 40 Kg	75 mg	01 cápsula de 12 em 12 hs, durante 05 dias

Caso a criança não consiga deglutir a cápsula:

1. Pegue a(s) cápsula(s) e corte a ponta superior com uma tesoura (a tesoura deve ser lavada antes de usar);

2. Transfira todo o conteúdo da(s) cápsula(s) para uma colher;

3. Adicione ao pó da cápsula (na colher) uma pequena quantidade (1 colher de chá) de alimento adoçado como leite condensado, calda de chocolate, açúcar mascavo ou refinado dissolvido em água, cobertura de sobremesas, mel (apenas para crianças com dois anos de idade ou mais), calda de frutas ou iogurte, a fim de mascarar o sabor amargo do remédio. Misture bem;

4. Após misturar bem, administre todo o conteúdo da colher para o paciente.

Esta mistura deve ser administrada imediatamente após o seu preparo. Repita este procedimento para cada dose que será administrada.

DILUIÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR EM DOSES PEDIÁTRICAS, A PARTIR DE CÁPSULAS DE 75 MG.

ATENÇÃO

Na indisponibilidade das apresentações pediátricas e nos casos de crianças menores de 01 ano, utilizar a cápsula de 75 mg para diluição, conforme segue:

1. Utilizar como dosador uma seringa de 10 ml;
2. Logo antes da administração oral, cortar a cápsula de 75 mg (tesoura limpa), colocar o pó da cápsula em um recipiente limpo (xícara). Com a seringa acrescentar 7,5 ml de água fervida e fria ou filtrada, adoçar com açúcar e misturar bem;
3. Aspirar com a seringa somente o volume adequado conforme a posologia descrita na prescrição médica (ver tabela abaixo) e aplicar na boca. Desprezar o volume excessivo que ficou no recipiente. Repita este procedimento para cada dose que será administrada.

Idade ou Peso da criança	Dose do Oseltamivir	Em ml (da Diluição de 75 mg em 7,5 ml de água)	Intervalo de Doses e Duração do Tratamento
Menor de 3 meses	12 mg	1,2 ml	12/12 hs, 05 dias
3 a 5 meses	20 mg	2,0 ml	12/12 hs, 05 dias
6 a 11 meses	25 mg	2,5 ml	12/12 hs, 05 dias
10 – 14 Kg	30 mg	3,0 ml	12/12 hs, 05 dias
15 – 23 Kg	45 mg	4,5 ml	12/12 hs, 05 dias
23 – 40 Kg	60 mg	6,0 ml	12/12 hs, 05 dias

O farmacêutico no momento da dispensação deverá realizar a orientação detalhada e cuidadosa da diluição a ser feita.