



**Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Coordenadoria de Promoção à Saúde  
Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica**



**Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Vigilância a Saúde  
Setor de Vigilância Epidemiológica**

## NOTA TÉCNICA Nº 7

### DESCENTRALIZAÇÃO DA COLETA DE SECREÇÃO NASOFARINGEA E OROFARINGEA PARA DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE INFLUENZA A (H1N1)

Tendo em vista a necessidade de descentralizar a realização da coleta de secreção de nasofaringe e orofaringe para realização do exame laboratorial para diagnóstico específico de influenza A H1N1 (RT- PCR), devido ao aumento da demanda para outros hospitais do Rio Grande do Norte, a Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica do RN em parceria com o Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, vem estabelecer o fluxo para a referida finalidade.

#### **1. Indicação**

O exame laboratorial para diagnóstico específico de influenza A H1N1 (RT- PCR) somente está indicado, para:

- Acompanhar Casos de Doença Respiratória Aguda Grave, segundo avaliação do médico;
- Em amostras de casos de surtos de síndrome gripal em comunidades fechadas, segundo orientação da vigilância epidemiológica.

## 2. Insumos

- Meio de transporte;
- Frasco coletor de secreção ou swab de rayon;
- Vácuo de parede ou bomba de vácuo portátil, caso seja empregada a técnica do aspirado;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI).
  - Máscara de proteção respiratória com eficácia mínima na filtração de 95 % de partículas de até  $0,3\mu$  (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3);
  - Luvas de procedimento;
  - Óculos de proteção;
  - Gorro descartável;
  - Capote descartável.

Dos insumos citados acima a Secretaria de Saúde através do LACEN, disponibilizará **apenas** o meio de transporte, ficando sob responsabilidade das unidades de coleta a compra dos insumos em questão.

## 3. Acondicionamento das amostras

- A conservação do meio deverá ser a temperatura  $-20^{\circ}\text{C}$  (congelador), em geladeira duplex. Em caso de descongelamento do meio, este não poderá ser congelado novamente, recomendamos utilizar de imediato ou desprezá-lo;
- A geladeira não deverá ser aberta com muita frequência, a fim de evitar o descongelamento do material, garantindo assim o correto acondicionamento das amostras. Desta forma, recomendamos a supervisão diária da temperatura da geladeira;

- Para a utilização do meio, recomendamos retirar do congelador, aguardar o descongelamento e realizar a coleta imediata;
- As amostras de secreção respiratória coletadas devem ser mantidas em temperatura adequada sob refrigeração (4°C a 8°C) e encaminhadas ao LACEN-RN no mesmo dia da coleta utilizando veículo próprio da Unidade de Saúde ou Hospital onde foi coletada.

#### **4. Orientações para a realização da coletas**

- Preferencialmente, utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica concentra maior número de células;
- Na impossibilidade de utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe, como alternativa, poderá ser utilizada a técnica de swab combinado de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente com swab de rayon;

OBS: Não deverá ser utilizado swab de algodão, pois o mesmo interfere nas metodologias moleculares utilizadas;

- Ao realizar a coleta o profissional deverá utilizar o EPI;

- Todas as unidades de coleta (unidades de saúde) deverão encaminhar as amostras ao LACEN-RN acompanhadas da ficha epidemiológica devidamente preenchida com letra legível;

Atentar para que todos os campos sejam preenchidos principalmente os que se referem aos sinais e sintomas (CAMPO 43) e PCR (CAMPO 50).

- Rotular amostra com as seguintes informações:
  - Nome do paciente,
  - Data de nascimento,
  - Data da coleta,
  - Hospital de coleta.

## **5. Transporte para o LACEN**

Enviar o material coletado ao LACEN-RN, acondicionado em caixa térmica com gelo reciclável e acompanhando com ficha de investigação do SINAN (ANEXO 2), devidamente preenchida.

## **6. Prazo de resultado dos exames**

No que diz respeito ao resultado dos exames enviados ao Instituto Evandro Chagas – PA, estes tem o prazo **mínimo de 10 (dez) dias** a contar da data do envio da amostra.

## **7. Considerações finais**

Fica estabelecido neste documento que as coletas dos casos relacionados no item 1 desta nota técnica serão realizadas pelos hospitais listados a seguir, tendo em vista que alguns de seus profissionais já foram capacitados por estas secretarias. Desta forma estes hospitais têm

até o dia **31 de Agosto** do corrente ano para iniciarem o procedimento em questão.

A partir da referida data estas secretarias estarão isentas da responsabilidade de disponibilizar profissionais para a realização das coletas nas instituições referidas no anexo 1.

## **8. Anexos**

**Anexo 01 - Lista dos profissionais que participaram da capacitação em coleta de secreção**

**Anexo 02 - Ficha de investigação do SINAN**

### **Equipe de elaboração:**

- ***Stella Rosa de Sousa Lea***- INFLUENZA/ SUVIGE/ CPS/ SESAP-RN.
- ***Viviane Albuquerque de Farias***- SVE/ DVS/ SMS-NATAL.

**Natal, 17 de Agosto de 2009**

**Juliana Bruna de Araújo**

Sucoordenador de Vigilância Epidemiológica

SUVIGE/ CPS/ SESAP-RN

**George Antunes de Oliveira**

Secretário de Estado da Saúde Pública do RN

SESAP-RN

**Ilza Carla Bernardes Ribas**

Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde

SMS-NATAL/ RN

**Ana Tânia Lopes Sampaio**

Secretária Municipal de Saúde de Natal

SMS-NATAL/ RN

## **Anexo 01**

### **PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA CAPACITAÇÃO EM COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA**

#### **1. Natal Hospital Center**

- Joelma Damasceno Matias  
Enfermeira
- Larissa L. F. Araújo Dias  
Enfermeira

#### **2. Hospital Giselda Trigueiro**

- Maria Elizabeth I. de Almeida  
Tec. Laboratório

#### **3. Hospital Promater**

- Cecília Pessoa Paiva  
Enfermeira

#### **4. Hospital PAPI**

- Ana Kadigila Jales Dantas  
Enfermeira

#### **5. Hospital Santa Catarina**

- Raimunda Ferreira de Freitas  
Tec. Enfermagem

#### **6. Pronto Clínica Paulo Gurgel**

- Isis Medeiros da Costa  
Tec. Laboratório
- Maria Zaíra S. de Moura  
Tec. Enfermagem
- Edna de Medeiros Campelo  
Tec. Laboratório

## **7. Hospital Memorial**

- Ismália de Moura Costa  
Enfermeira

## **8. Hospital Infantil Varela Santiago**

- Rosângela Pontes Rocha Barros  
Tec. Enfermagem

## **9. Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes**

- Aline Mayara Pinheiro de Sousa  
Tec. Enfermagem
- Daise Anne de M. Barroso  
Enfermeira
- Edinôra Assunção Rocha  
Tec. Laboratório

## **10. Casa de Saúde São Lucas**

- Eva Saldanha de Melo Araújo  
Enfermeira
- Juliana Paula Campos Cabral  
Enfermeira
- Danniele Cristine M. C. Dantas  
Enfermeira
- Rosemary Álvares de Medeiros  
Enfermeira

## **11. Hospital do Coração**

- Edna Aparecida Chierigato  
Enfermeira
- Jaudma Cristina G. Bessa  
Enfermeira

# ANEXO 2

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº  

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)**

**CASO SUSPEITO DE INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO):**  
Todo paciente procedente de área afetada que apresente temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  E tosse OU dor de garganta OU dispnéia.

| Dados Gerais   | 1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------------|------|--------------------|----------------------|------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 2 Agravado/doença<br><b>INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)</b>   | 3 Data da Notificação                 |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 UF  | 5 Município de Notificação            |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  | 7 Data dos Primeiros Sintomas         |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Notificação Individual   | 8 Nome do Paciente  |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 Data de Nascimento  | 10 (ou) Idade                         |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado                                   | 12 Gestante                           |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 13 Raça/Cor   | 14 Escolaridade                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados de Residência  | 15 Número do Cartão SUS   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 16 Nome da mãe  | 17 UF                                 |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 18 Município de Residência  | 19 Distrito                           |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20 Bairro   | 21 Logradouro (rua, avenida,...)      |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 22 Número   | 23 Complemento (apto., casa, ...)     |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 24 Geo campo 1  | 25 Geo campo 2                        |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 26 Ponto de Referência  | 27 CEP                                |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 (DDD) Telefone  | 29 Zona   | 30 País (se residente fora do Brasil) |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados Complementares do Caso   |   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antecedentes Epidemiológicos   | 31 Data da Investigação   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 32 Ocupação   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 33 Recebeu Vacina contra Gripe  | 34 Se sim, data da última dose        |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 35 Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica   | 36 Se sim, data da última dose        |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 37 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas) |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 Informações sobre Deslocamento (datas e locais frequentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)  |   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>UF</th> <th>Município/Localidade</th> <th>País</th> <th>Meio de Transporte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |   |                                       | Data | UF                 | Município/Localidade | País | Meio de Transporte |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data   | UF  | Município/Localidade                  | País | Meio de Transporte |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas?   |   | 40 UF                                 |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 Nome do Município   |   | 42 País                               |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados Clínicos   | 43 Sinais e Sintomas  |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 44 Comorbidade  |                                       |      |                    |                      |      |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|             |  |                       |                     |
|-------------|--|-----------------------|---------------------|
| Atendimento | 45 Ocorreu Hospitalização<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 46 Data da Internação | 47 UF               |
|             | 48 Município do Hospital   | Código (IBGE)         | 49 Nome do Hospital |

|                     |                           |   |   |   |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|
| Dados Laboratoriais | <b>PCR</b>                |   | 51 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>                                     | 52 Resultado <input type="checkbox"/>                           |
|                     | 50 Data da Coleta         | 1 - Secreção de Nasofaringe<br>2 - Lavado Bronco-alveolar<br>3 - Fezes      | 4 - Tecido pós-mortem<br>5 - Soro<br>6 - Outro                                  | 1 - Positivo 3 - Inconclusivo<br>2 - Negativo 4 - Não realizado |
|                     | 53 Diagnóstico Etiológico | 1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico)<br>3 - Influenza B Sazonal | 2 - Influenza A Sazonal<br>4 - Influenza Aviária<br>5 - Outro Agente Infeccioso | 54 Tipo<br>H N  |

|                     |                   |  |  |  |
|---------------------|-------------------|--|--|--|
| Dados Laboratoriais | <b>CULTURA</b>    |  | 56 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>    | 57 Resultado <input type="checkbox"/>          |
|                     | 55 Data da Coleta | 1 - Secreção de Nasofaringe<br>2 - Lavado Bronco-alveolar<br>3 - Fezes | 4 - Tecido pós-mortem<br>5 - Soro<br>6 - Outro | 1 - Positivo 3 - Não realizado<br>2 - Negativo |
|                     | 58 Data da Coleta | 59 Resultado   |  | 61 Tipo<br>H N                                 |

|                     |                                   |   |   |  |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| Dados Laboratoriais | <b>INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO</b> |   | 59 Resultado <input type="checkbox"/>   | 61 Tipo<br>H N   |
|                     | 60 Diagnóstico Etiológico         | 1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico)<br>3 - Influenza B Sazonal | 2 - Influenza A Sazonal<br>4 - Influenza Aviária<br>5 - Outro Agente Infeccioso | 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado |
|                     | <b>RAIO X TÓRAX</b>               |   | 63 Se sim, resultado <input type="checkbox"/>                                   |  |

|           |  |  |   |   |
|-----------|--|--|---|---|
| Conclusão | 62 Data da Realização  | 1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros | 64 Classificação Final <input type="checkbox"/> | 65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/> |
|           | 64 Classificação Final<br>1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado<br>2 - Outro agente infeccioso |  | 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico     |   |
|           | <b>Local Provável de Fonte de Infecção</b>   |  |   |   |
|           | 66 O caso é autóctone do município de residência?<br>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>    | 67 UF  | 68 País   |   |
|           | 69 Município   | Código (IBGE)  | 70 Distrito                                     | 71 Bairro   |

|  |   |
|--|---|
| 72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> | 73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>                              |
| 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                               | 1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado |
| 74 Data do Óbito   | 75 Data do Encerramento   |

**Observações Adicionais**

---



---



---



---

|              |                            |                        |
|--------------|----------------------------|------------------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde |
|              | Nome                       | Função                 |