



**PROTOCOLO UNIFICADO DE PRECAUÇÕES e ISOLAMENTOS
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

**HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FÊMINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

04 de janeiro de 2019

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. CAMPO DE APLICAÇÃO.....	3
3. DESCRIÇÃO.....	3
4. REFERÊNCIAS.....	19
5. ANEXOS.....	21

1. OBJETIVO

Os objetivos deste protocolo são reafirmar as Precauções Padrão como a base para prevenir a transmissão de infecção durante o atendimento ao paciente em todos os ambientes de assistência e reafirmar a importância da implementação de precauções baseadas na transmissão com base na apresentação clínica ou síndrome e prováveis patógenos, até que a etiologia infecciosa tenha sido determinada.

Dessa forma, apresentamos abaixo as medidas de precaução adicionais e as indicações unificadas e específicas de medidas de bloqueio epidemiológico dos Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmina e Hospital Nossa Senhora da Conceição.

3. DESCRIÇÃO

O termo *infecção relacionada à assistência à saúde* (IRAS) é utilizado para se referir a infecções associadas à prestação de cuidados de saúde em qualquer contexto de assistência (por exemplo, hospitais, instituições de cuidados continuados, ambientes ambulatoriais, cuidados domiciliários).

Para que uma doença infecciosa seja transmitida são necessários três elementos: uma fonte (ou reservatório) de agentes infecciosos, um hospedeiro suscetível e um modo de transmissão para o agente.

Fontes de agentes infecciosos

Agentes infecciosos transmitidos durante a assistência à saúde derivam principalmente de reservatórios humanos, mas fontes ambientais inanimadas também estão implicadas nessa transmissão. Reservatórios humanos incluem pacientes, profissionais de saúde, familiares e visitantes. Tais indivíduos podem ter infecções ativas, podem estar no período assintomático e / ou de incubação de uma doença infecciosa, ou podem ser colonizados de forma transitória ou crônica com micro-organismos patogênicos, particularmente nos trato respiratório e gastrointestinal. A flora endógena dos pacientes (por exemplo, bactérias residentes no trato respiratório ou gastrointestinal) também é uma possível fonte de agentes infecciosos responsáveis pelas IRAS.

Hospedeiros suscetíveis

A infecção é o resultado de uma inter-relação complexa entre um hospedeiro potencial e um agente infeccioso. A maior parte dos fatores que influenciam a infecção e a ocorrência e gravidade da doença estão relacionadas ao hospedeiro. Porém, características da interação hospedeiro-agente no que se refere à patogenicidade, virulência e antigenicidade, também são importantes, assim como a carga infecciosa, os mecanismos de produção da doença e a via de exposição.

Inúmeros fatores influenciam as diferenças nos riscos de transmissão entre os diversos contextos de saúde. Estas incluem as características da população (por exemplo, aumento da suscetibilidade a infecções, tipo e prevalência de dispositivos de demora), intensidade dos cuidados, exposição a fontes ambientais, tempo de internação e frequência de interação entre o paciente e os profissionais de saúde. Fatores do hospedeiro, como extremos de idade, estado imunológico e doenças subjacentes (por exemplo, diabetes, síndrome da imunodeficiência adquirida, malignidade e transplantes) podem aumentar a suscetibilidade à infecção, assim como uma variedade de medicamentos que alteram a flora normal (por exemplo, agentes antimicrobianos, supressores de ácido gástrico, corticosteróides, drogas anti-rejeição, agentes antineoplásicos e drogas imunossupressoras). Procedimentos cirúrgicos, radioterapia e presença de dispositivos de demora, como cateteres urinários, tubos endotraqueais e cateteres venosos centrais facilitam o desenvolvimento de IRAS.

Modos de transmissão

Várias classes de patógenos podem causar infecção, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e príons. Os modos de transmissão variam por tipo de organismo e alguns agentes infecciosos podem ser transmitidos por mais de uma via.

São cinco as vias de transmissão das doenças infecciosas: por contato, por gotículas, por via aérea, por veículo comum e por vetor.

1. Transmissão por contato

É o modo mais comum de transmissão, sendo dividida em dois subgrupos: contato direto e contato indireto.

Transmissão por contato direto

A transmissão direta ocorre quando micro-organismos são transferidos de uma pessoa infectada para outra pessoa por meio de toque, beijo, contato sexual e/ou manipulação de secreções biológicas. São exemplos: Vírus Sincial Respiratório (VSR), bactérias multirresistentes, HIV e Vírus Hepatite B.

Transmissão por contato indireto

A transmissão indireta envolve a transferência de um agente infeccioso através de um objeto ou pessoa intermediária contaminada. Exemplos de oportunidades para transmissão de contato indireto incluem: as mãos do pessoal de saúde podem transmitir micro-organismos depois de tocar em um local infectado ou colonizado em um paciente ou em um objeto inanimado contaminado, se a higiene das mãos não for realizada antes de tocar outro paciente; dispositivos de atendimento ao paciente (por exemplo, termômetros eletrônicos, dispositivos de monitoramento de glicose) podem transmitir patógenos se forem compartilhados entre pacientes sem limpeza e desinfecção; brinquedos compartilhados podem se tornar um veículo para a transmissão de vírus respiratórios (por exemplo, vírus sincial respiratório) ou bactérias patogênicas (por exemplo, *Pseudomonas aeruginosa*) entre pacientes pediátricos; instrumentos inadequadamente limpos entre pacientes antes da desinfecção ou esterilização (por exemplo, endoscópios ou instrumentos cirúrgicos) podem transmitir patógenos; roupas e uniformes de isolamento usadas como equipamento de proteção individual (EPI) podem ficar contaminadas após o cuidado de um paciente colonizado ou infectado por um agente infeccioso (por exemplo, MRSA, VRE e *C. difficile*) e transferirem para sucessivos pacientes.

2. Transmissão por gotículas

As gotículas expelidas em contato próximo (menos de 1 metro) passam diretamente do trato respiratório do indivíduo infectado para superfícies mucosas sensíveis do receptor. São geradas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala ou durante procedimentos como aspiração, intubação endotraqueal, indução de tosse por fisioterapia respiratória e ressuscitação cardiopulmonar.

São exemplos de organismos transmitidos por gotículas *Bordetella pertussis* , vírus influenza , adenovírus e *Neisseria meningitidis*. Embora o vírus sincicial respiratório possa ser transmitido pela via das gotículas, o contato direto com as secreções respiratórias infectadas é o mais importante determinante da transmissão.

3. Transmissão aérea

A transmissão por via aérea ocorre por disseminação no ar de pequenas partículas contendo agentes infecciosos que ficam em suspensão e são carregados por correntes de ar a longas distâncias e podem ser inalados por indivíduos suscetíveis. Os agentes infecciosos aos quais isto se aplica incluem o *Mycobacterium tuberculosis* , o vírus do Sarampo e o vírus varicela-zoster.

4. Transmissão por Veículo

A transmissão por veículo ocorre quando há uma substância que mantém o micro-organismo viável é inoculada no hospedeiro ou por ele ingerida, como por exemplo: medicamentos, alimentos, água e sangue.

5. Transmissão por Vetor

A transmissão por vetor acontece quando ocorre a inoculação ou deposição dos agentes infecciosos através de picadas de artrópodes sobre a pele ou alimentos. O agente infeccioso no qual isto se aplica inclui o vírus da Dengue.

Precaução Padrão

A implementação de Precaução Padrão (PP) é a primeira estratégia para o sucesso na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). São recomendadas para o atendimento de todos os pacientes, independentes do seu diagnóstico, em quaisquer ambientes de assistência. São utilizadas para reduzir o risco de transmissão de micro-organismos que possam estar presentes no sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto suor), mucosas e pele não íntegra.

As medidas preconizadas incluem:

(1) Higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS. O termo “higienização das mãos” inclui tanto a lavagem das mãos com água e sabão simples quanto o uso de produtos à base de álcool que não exigem o uso de água, na ausência de sujidade visível das mãos.

(2) Uso de equipamentos de proteção individual, tais como:

1.Luvas: As luvas são usadas para evitar a contaminação das mãos do profissional de saúde quando houver contato direto com sangue ou fluidos corporais, membranas-mucosas, pele não íntegra e outros materiais potencialmente contaminados; ao ter contato direto com pacientes colonizados ou infectados com patógenos transmitidos pela via de contato, por exemplo, VRE, MRSA, RSV; e ao manusear ou tocar em equipamentos de cuidado do paciente visivelmente ou potencialmente contaminados e superfícies ambientais.

2.Avental: Os aventais, com impermeabilização, são usados para proteger os braços e as áreas expostas do corpo do profissional de saúde para evitar a contaminação com sangue e fluidos corporais. Devem ser utilizados durante os procedimentos e atividades de atendimento ao paciente, quando o contato de roupas ou pele exposta com sangue ou fluidos corporais é possível. São sempre usados em combinação com luvas e com outros EPI, quando indicados.

3.Máscara : As máscaras são usadas para três finalidades primárias nas configurações de assistência à saúde: colocada no profissional de saúde para protegê-lo do contato com material infeccioso de pacientes, por exemplo, secreções respiratórias e sprays de sangue ou fluidos corporais, consistentes com Precauções Padrão e Precauções de Gotículas; colocada no profissional de saúde quando esse estiver envolvido em procedimentos que exigem técnica estéril para proteger os pacientes da exposição a agentes infecciosos transportados na boca ou no nariz do profissional de saúde, tais como punção lombar; colocada nos pacientes com tosse para limitar a potencial disseminação de secreções respiratórias do paciente para outros (isto é, Etiqueta de Higiene Respiratória / Tosse).

As máscaras devem ser usadas em combinação com óculos de proteção para proteger a boca, nariz e olhos, ou um protetor facial para fornecer proteção mais completa para o rosto.

- (3) Controle Ambiental: rotina de limpeza e desinfecção de superfícies ambientais, especialmente superfícies frequentemente tocadas em áreas de atendimento ao paciente.
- (4) Rouparia: Manuseio adequado das roupas de modo a impedir que ocorra a transferência de micro-organismos para pessoas, ambiente ou equipamentos.
- (5) Práticas Seguras de Injeção: Incluem medidas para manusear agulhas e outros dispositivos cortantes de maneira a evitar ferimentos ao usuário e a outros que possam encontrar o dispositivo durante ou após um procedimento e adesão aos princípios de assepsia no preparo e na administração de medicamentos parenterais. Incluem: uso único de agulhas e seringas estéreis; uso de frascos de dose única e acondicionamento de perfurocortantes em recipientes resistentes a perfurações e ao manuseio de agulhas sem o encape após o uso.
- (6) Etiqueta de Higiene Respiratória/Tosse: Embora as precauções padrão geralmente se apliquem às práticas recomendadas ao profissional de saúde durante o atendimento ao paciente, a Etiqueta de Higiene / Tosse Respiratória aplica-se amplamente a todas as pessoas que entram em um ambiente de saúde, incluindo profissionais de saúde, pacientes e visitantes. Cobrir boca e nariz ao espirrar e/ou tossir, e colocar máscaras em pacientes com tosse são meios comprovados de contenção da fonte que impedem que pessoas infectadas dispersem secreções respiratórias no ar.
- (7) Ambiente Protetor: Essas medidas consistem em intervenções de engenharia e ambiência que diminuem a contagem de esporos de fungos no ar com o objetivo de reduzir o risco de infecções fúngicas invasivas em pacientes com transplante alogênico de células hematopoiéticas severamente imunocomprometidos e na presença de doença do enxerto versus o hospedeiro.
- (8) Procedimentos Especiais de Punção Lombar: É recomendado o uso de máscara cirúrgica ao colocar um cateter ou injetar material no espaço espinhal ou epidural.

Precauções Baseadas na Transmissão são usadas quando a (s) via (s) da transmissão não é (são) completamente interrompida (s) usando apenas Precauções Padrão. Existem três categorias de Precauções Baseadas na Transmissão: Precauções de Contato, Precauções de Gotículas e Precauções Aéreas.

Precaução de Contato

As precauções de contato visam evitar a transmissão de agentes infecciosos, incluindo micro-organismos de importância epidemiológica, que se espalham pelo contato direto ou indireto com o paciente ou com o ambiente do paciente.

As precauções de contato também se aplicam quando houver presença de drenagem excessiva de ferida, incontinência fecal ou outras descargas do corpo sugerem um aumento do potencial de contaminação ambiental extensa e risco de transmissão.

Quarto individual é o preferido para pacientes que necessitam de precauções de contato. Quando um quarto de paciente único não está disponível, recomenda-se consultar o controle de infecção para avaliar os vários riscos associados a outras opções de colocação do paciente (por exemplo, coorte). Em salas com múltiplos pacientes, é aconselhável separar os leitos com espaçamento maior de um metro para reduzir as oportunidades de compartilhamento inadvertido de itens entre o paciente infectado / colonizado e outros pacientes.

Os profissionais de saúde que cuidam dos pacientes em precaução de contato devem usar avental e luvas para todas as interações com o paciente ou áreas potencialmente contaminadas no ambiente do paciente. A colocação do EPI deve acontecer na entrada do quarto e o descarte antes da saída do mesmo.

O SCIH-HFE orienta que durante a assistência ou no transporte de pacientes em precaução de contato por qualquer motivo, o funcionário esteja utilizando equipamento de proteção individual (avental e luvas descartáveis). O paciente em questão **NÃO** necessita utilizar avental ou luvas, tendo em vista que o potencial transmissor de micro-organismos/infecções é o profissional da saúde e não o paciente.

O SCIH-HCR orienta que durante a assistência ou no transporte de pacientes em precaução de contato por qualquer motivo, o funcionário esteja utilizando equipamento de proteção individual (avental e luvas descartáveis). O paciente em questão **deve** utilizar avental e luvas visto que está transitando no ambiente assistencial coletivo.

Precaução por gotículas

As precauções contra gotículas destinam-se a prevenir a transmissão de patógenos espalhados por contato respiratório ou com secreções respiratórias. Como esses patógenos não permanecem em longas distâncias, o manuseio de ar e a ventilação especial não são necessários para impedir sua transmissão.

Quarto individual é o preferido para pacientes que precisam de precauções contra gotículas. Quando um quarto de paciente único não está disponível, recomenda-se

consultar o controle de infecção para avaliar os vários riscos associados a outras opções de colocação do paciente (por exemplo, coorte). A separação espacial ≥ 1 metro e o uso de cortinas entre os leitos são especialmente importantes para pacientes em salas com vários leitos no caso de infecções transmitidas pela via de gotículas.

Os profissionais de saúde usam uma máscara cirúrgica comum para contato próximo com o paciente sendo geralmente colocada na entrada do quarto.

Nos casos de transporte de paciente em precaução por gotículas, o paciente é transportado com máscara cirúrgica apenas. Ao identificar o paciente fora do contexto de internação (ex. Ambulatório ou aguardando consulta em emergência), o profissional de saúde deve ofertar máscara comum durante toda a permanência do paciente no ambiente hospitalar, com o objetivo de evitar a exposição aos outros pacientes e funcionários que ali transitam (Etiqueta da Tosse).

Precaução por aerossóis

As precauções aéreas previnem a transmissão de agentes infecciosos que permanecem infecciosos a longas distâncias quando suspensos no ar (Ex., Sarampo, Varicela e *M. tuberculosis*).

São quartos individuais com capacidade especial de ventilação e tratamento de ar (pressão negativa em relação à área circundante; trocas de ar por hora para nova construção; renovação e 6 trocas de ar por hora para as instalações existentes, com o ar exaurido diretamente para o exterior ou recirculado através da filtração HEPA antes do retorno).

Em locais onde as precauções aéreas não podem ser implementadas devido a recursos de engenharia limitados, colocando o paciente em uma sala privada com a porta fechada e fornecendo respiradores tipo PFF-2 ou N95 reduzirá a probabilidade de transmissão por via aérea até que o paciente seja transferido ao ambiente doméstico.

Os profissionais de saúde que cuidam de pacientes em precauções aéreas devem usar respiradores tipo PFF-2 ou N95, que é colocado antes da entrada no quarto.

Não há necessidade do uso de avental e luvas para este tipo de precaução. Nos casos de transporte de paciente em precaução por aerossóis, o paciente é transportado com máscara cirúrgica, sem necessidade de colocação de avental ou luvas seja pelo funcionário ou paciente. Sempre que possível, os profissionais de saúde não imunes não devem cuidar de pacientes com doenças transmitidas pelo ar evitáveis pela vacina.

Ao identificar o paciente fora do contexto de internação (ex. Ambulatório ou aguardando consulta em emergência), o profissional de saúde deve ofertar máscara

comum (máscara cirúrgica) durante toda a permanência do paciente no ambiente hospitalar, com o objetivo de evitar a exposição aos outros pacientes e funcionários que ali transitam (Etiqueta da Tosse).

Precauções mistas

Reforçamos a importância da observância das orientações do SCIH na pasta física do paciente, porta do quarto e sistema, tendo em vista que muitas vezes as precauções são mistas (ex. precaução por gotículas e contato), tendo em vista que algumas condições infecciosas são transmissíveis por mais de uma rota, como contato e respiratório.

Descontinuação de Precauções Baseadas na Transmissão

As precauções baseadas na transmissão permanecem em vigor por períodos limitados, isto é, enquanto o risco de transmissão do agente infeccioso persistir ou durante a duração da doença.

Para a maioria das doenças infecciosas, essa duração reflete padrões conhecidos de persistência e eliminação de agentes infecciosos associados à história natural da doença e seu tratamento.

Para algumas doenças (por exemplo, VSR), as Precauções Baseadas na Transmissão permanecem em vigor até que os resultados do teste de detecção de cultura ou antígeno documentem a erradicação do patógeno e a doença sintomática é resolvida.

Em pacientes imunocomprometidos, a excreção viral pode persistir por períodos prolongados de tempo (muitas semanas a meses) e a transmissão a outros pode ocorrer durante esse período; portanto, a duração das precauções de contato e / ou de gotículas pode ser prolongada por várias semanas.

4.0 Tipo e duração das precauções recomendadas para infecções específicas e critérios de liberação

4.1 Situações em que é indicado Precaução de Contato

4.1.1 *Clostridium difficile*

É um bacilo Gram-positivo do trato gastrointestinal responsável por doenças gastrointestinais associadas a antibióticos que variam desde uma diarreia até uma colite pseudomembranosa. O uso de antibióticos permite o crescimento excessivo destes microrganismos e aumenta a suscetibilidade do paciente à aquisição do *Clostridium*

difficile. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são a antibioticoterapia prévia, a idade avançada e o tempo de hospitalização. **IMPORTANTE:** Os esporos formados pelo *Clostridium difficile* são muito difíceis de serem eliminados, podendo permanecer em hospitais durante meses. Para a eliminação dos esporos é necessário realizar a higienização do ambiente com Hipoclorito de sódio a 1% e higienização das mãos com água e sabonete líquido. O uso de solução alcoólica para as mãos não está recomendado no atendimento de pacientes com *Clostridium difficile*.

4.1.2 Microrganismos Multirresistentes

A resistência bacteriana é a capacidade da bactéria evitar a ação inibitória ou letal do antimicrobiano. A resistência bacteriana aos antimicrobianos é hoje um fato inerente aos hospitais e depende da interação de vários fatores.

Pacientes hospitalizados tornam-se infectados freqüentemente como resultado de complexos tratamentos, procedimentos invasivos ou terapia imunossupressora. Os microrganismos multirresistentes não são mais patogênicos que os sensíveis, porém apresenta maior dificuldade para o tratamento, o que determina que se estabeleça medidas de controle específicas.

Os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais do GHC orientam que para os pacientes com microrganismos multirresistentes seja implementado precaução de contato (PC).

Microrganismos multirresistentes como *Enterococcus* Resistente à Vancomicina (VRE), *Acinetobacter* spp carbapenêmico-resistente, *Pseudomonas aeruginosa* carbapenêmico-resistente e Enterobactérias carbapenêmico-resistente, são implementadas PC e os pacientes transferidos para leitos de isolamento.

O SCIH-HCC também orienta implementação de PC e transferência de pacientes para leitos de isolamento para *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina (MRSA), gram negativos produtores de ESBL (betalactamase de espectro estendido), *Burkholderia cepacea*, *Stenotrophomonas maltophilia*.

Enterococcus Resistente à Vancomicina (VRE)

Os enterococos são bactérias que habitam o trato gastrointestinal. As principais espécies de enterococos que causam infecções no homem são *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium* sendo que a resistência à vancomicina é mais freqüentemente descrita com o *Enterococcus faecium*. A aquisição da infecção por VRE geralmente ocorre a partir da microbiota endógena após manipulação do trato gastrointestinal, por

transmissão cruzada através das mãos dos profissionais de saúde e através de equipamentos/artigos médicos (termômetros, estetoscópios) e superfícies (mesa, maçaneta, telefone, bandeja de medicação) contaminadas que servem como fontes de transmissão.

***Acinetobacter c. baumannii* Carbapenêmico-resistente**

Acinetobacter é um gênero de bactérias Gram-negativas que são capazes de sobreviver em diversas superfícies (úmidas e secas) no ambiente hospitalar, sendo uma importante fonte de infecção em pacientes debilitados. Os principais fatores de risco para infecção ou colonização por *Acinetobacter* resistente aos carbapenêmicos são: dispositivos invasivos, realização de procedimento cirúrgico, trauma e uso prévio de antibióticos.

***Pseudomonas aeruginosa* Carbapenêmico-resistente**

É uma bactéria Gram-negativa que raramente causa doenças em um sistema imunológico saudável, mas explora eventuais fraquezas do organismo para estabelecer um quadro de infecção. Essa característica, associada à sua resistência natural a um grande número de antibióticos e antissépticos a torna uma importante causa de infecções hospitalares.

Normalmente infecta o aparelho respiratório, aparelho urinário, queimaduras e corrente sanguínea. Pacientes com câncer e portadores de doenças imunodepressoras são altamente suscetíveis ao agravamento do quadro de infecção por *Pseudomonas aeruginosa*.

Enterobactérias Carbapenêmico-resistente

As enterobactérias são uma família de bacilos Gram-negativos e a maioria habita o intestino do homem e dos animais, seja como membros da microbiota normal ou como agentes de infecção. As principais enterobactérias são: *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella morganii*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*.

A resistência a carbapenêmicos em enterobactérias é um grave problema de saúde pública de âmbito mundial, particularmente pela elevada mortalidade e pelo reduzido número de opções terapêuticas. Dentre os mecanismos de resistência aos carbapenêmicos (Ertapenem, Imipenem e Meropenem), a produção de carbapenemases tem impacto significativo na saúde humana. Atualmente são encontradas três grandes classes de carbapenemases: as metalobetalactamases, como o New Delhi Metallo-beta-

lactamase (NDM), as OXA-carbapenemases e *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC).

4.2 Coleta de Amostra de Swab Retal

A pesquisa de microrganismos multirresistentes deve ser realizada através de coleta de *swab* do sítio específico e sempre deve ser realizada de acordo com orientação do SCIH. Para coleta com *swab* retal deve-se utilizar o material (*swab*) fornecido pelo laboratório da instituição. Orientações para coleta de *swab* retal: encostar o *swab* no esfíncter anal e aguardar alguns segundos para o relaxamento, introduzir o *swab*, girá-lo sobre seu próprio eixo por duas vezes, removê-lo e colocá-lo no frasco de origem. Encaminhar a amostra ao Laboratório acompanhado de SADT com a seguinte descrição, quando indicado: “pesquisa de enterobactéria CARBA-R” e/ou “pesquisa de *Acinetobacter* CARBA-R” e/ou “pesquisa de *Enterococo* resistente a VANCOMICINA”. Adicionalmente pode ser indicado o rastreio para *Acinetobacter* CARBA-R com *swab* de pele, *swab* nasal e *swab* de orofaringe, quando indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

4.3 Coleta de Cultura de Vigilância em caso de transferência de outros estabelecimentos de saúde

A coleta de cultura de vigilância em pacientes transferidos de outros estabelecimentos de saúde (hospitais, pronto atendimentos, clínicas de saúde e instituições de longa permanência) deve ser realizada nos pacientes que tiverem tempo de hospitalização superior a 24 horas. Na emergência, no momento de internação do paciente deve ser investigado pelo enfermeiro se ocorreram internações hospitalares em qualquer hospital, clínica geriátrica ou clínica de hemodiálise (capital, interior, outro estado, outro país) e comunicado o SCIH sobre a coleta. Para pacientes transferidos de outras instituições, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve comunicar o SCIH. Naqueles pacientes com história de internação prévia (tempo de internação maior que 24 horas nos últimos 6 meses no HCR e 3 meses no HFE) será realizada coleta de culturas de vigilância para investigação de microrganismos multirresistentes, conforme indicação de cada hospital.

Microrganismo	Suspensão das precauções	Nova internação
VRE (1)	Manter isolamento em toda a internação, independente de negatificação de exame	Menos de 6 meses de internação: manter medidas (MBE).

	clínico ou <i>swab</i> .	Mais de 6 meses sem internação, sem fator de risco (2): liberar paciente do isolamento. No HCC coletar <i>swab</i> retal para VRE; se 02 swabs negativos (com intervalo mínimo de 01 semana entre eles) liberar paciente do isolamento. Colonizados crônicos (2) permanecem isolados.
<i>Pseudomonas ssp</i> resistente aos carbapenêmicos	Manter isolamento em toda a internação, independente de negatificação de exame clínico ou <i>swab</i> .	Menos de 6 meses de internação: manter medidas (MBE). Mais de 6 meses sem internação, sem fator de risco (2): liberar paciente do isolamento. Colonizados crônicos (2) permanecem isolados.
<i>Acinetobacter spp.</i> Resistente aos carbapenêmicos	Manter isolamento em toda a internação, independente de negatificação de exame clínico ou <i>swab</i> .	Menos de 6 meses de internação: manter medidas (MBE). Mais de 6 meses sem internação, sem fator de risco (2): liberar paciente do isolamento. No HCC coletar <i>swabs</i> para Acineto Carba-R; se 02 swabs negativos (com intervalo mínimo de 01 semana entre eles) liberar paciente do isolamento. Colonizados crônicos (2) permanecem isolados.
Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos	Manter isolamento em toda a internação, independente de negatificação de exame clínico ou <i>swab</i> .	Sem internação por mais de 1 ano e sem fator de risco (2), liberar paciente do isolamento. No HCC coletar <i>swab</i> retal para ECR; se 02 <i>swabs</i> negativos (com intervalo mínimo de 01 semana entre eles) liberar paciente do isolamento. No HCR, em casos de cultura clínica, faz-se a investigação de colonização em até 2 anos sem internação. Mais de seis meses e menos de

		um ano sem internação: manter medidas (MBE). Colocar em quarto individual e coletar 01 <i>swab</i> retal para ECR; se resultado negativo liberar paciente do isolamento. No HCC liberar paciente do isolamento se 02 <i>swabs</i> negativos (com intervalo mínimo de 01 semana entre eles). Menos de 6 meses de internação: manter medidas (MBE). Colonizados crônicos (2) permanecem isolados.
<i>Clostridium difficile</i> (suspeita)	Até o resultado de PCR (3) negativo.	Em leito Comum, após liberação do SCIH e tratamento adequado com resposta terapêutica.
<i>Clostridium difficile</i> (PCR positivo)	Até 48 horas após o término da diarreia.	
MRSA (4)	Até o término do tratamento específico. No HCC manter isolamento até o término do tratamento específico e negatificação do swab nasal.	Em leito comum. Pode variar de acordo com o SCIH
<i>Burkholderia cepacea</i>	Até o término do tratamento específico. No HCR e HFE mantemos PP. No HCC manter isolamento até o término do tratamento específico e negatificação da amostra clínica.	Em leito comum.
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> resistente a sulfametoxazol/trimetoprima	Até o término do tratamento específico. No HCC manter isolamento até o término do tratamento específico e negatificação da amostra clínica.	Em leito comum.

(1) VRE: Enterococcus resistente à Vancomicina.

(2) Pacientes com fatores de risco e colonizados crônicos: colonizados ou infectados por qualquer microrganismo multirresistente, em qualquer sítio, que tenha utilizado antibiótico por mais de 48 horas, internação em estabelecimento de saúde, clínicas de

longa permanência, clínicas de hemodiálise ou realizado qualquer procedimento invasivo, CVC, SVD, colostomias, etc, não tem critério para pesquisar descolonização.

(3) PCR: metodologia Genexpert® Cepheid para identificação e diferenciação da toxina B ou binária a partir de amostra de fezes obtidas de doentes com suspeita de identificação pelo *C. difficile*, utilizando a técnica PCR automatizada em tempo real (Polymerase Chain Reaction – reação em cadeia pela polimerase).

(4) MRSA: *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina.

As demais indicações de precaução de contato, aerossóis e gotículas de todos os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, seguem as orientações da ANVISA e CDC, iguais para todos os hospitais.

5. HOSPITAL FÊMINA

O SCIH do HF também identifica e investiga todos os pacientes que receberam cuidados em Serviços de Saúde (internação, emergência, pronto atendimento, UPA, unidade básica de saúde, hemodiálise, endoscopia, quimioterapia, casas geriátricas, radioterapia, entre outros) **nos últimos 3 meses (90 dias), por mais de 24 horas**. A investigação é realizada através de coleta de **4 swabs de vigilância: 1 swab retal** para pesquisa de VRE, ERC e acinetobacter sp; **1 swab de pele, 1 swab oral e 1 swab nasal** para pesquisa de acinetobacter sp (conforme Anexo IV).

Os pacientes com indicação de precaução de contato devem ficar preferencialmente em quarto sozinho ou em coorte. Aos pacientes aguardando resultado de *swabs* de vigilância, deve ser indicada a precaução de contato com o paciente ficando sozinho ou em coorte. Adicionalmente, o funcionário que realizar assistência deverá utilizar equipamentos de proteção individual adequados para a precaução de contato (avental e luvas).

6. HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO

O controle de infecção na população pediátrica apresenta particularidades, considerando o estreito contato físico entre os profissionais de saúde e os pacientes, especialmente lactentes e crianças pequenas (por exemplo, dar colo, alimentar, brincar, trocar fraldas e limpar secreções respiratórias), o que oferece inúmeras oportunidades de transmissão de infecção. Há também uma alta prevalência de infecções adquiridas na comunidade entre crianças hospitalizadas que ainda não se tornaram imunes, seja por vacinação ou por infecção natural. O resultado é mais pacientes com infecções transmissíveis presentes em ambientes assistenciais, especialmente durante epidemias

sazonais (por exemplo, Coqueluche , infecções virais respiratórias incluindo as causadas por VSR, Influenza, Adenovírus, Parainfluenza, Sarampo e Varicela).

A possibilidade de compartilhamento de brinquedos e a permanência obrigatória de um responsável durante todo o período de sua hospitalização, o que possibilita a proximidade dos familiares, podem aumentar ainda mais o risco de transmissão.

Além disso, vários fatores do paciente aumentam a probabilidade de infecção pela exposição a agentes nos ambientes de saúde, por exemplo: imaturidade do sistema imunológico neonatal, ausência de infecção natural prévia e imunidade resultante, prevalência de pacientes com deficiências imunológicas congênitas ou adquiridas, doenças congênitas, anomalias anatômicas e uso de dispositivos invasivos que salvam vidas em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

O SCIH do HCC identifica e investiga todos os pacientes que receberam cuidados em Serviços de Saúde **por mais de 24 horas** (internação, emergência, pronto atendimento, UPA, unidade básica de saúde, hemodiálise, endoscopia, quimioterapia, abrigos, radioterapia, entre outros) **nos últimos 30 dias**.

A investigação é realizada através de coleta de:

- **Um swab retal** para pesquisa de ERC (Enterobactéria Resistente a carbapenêmicos);
- **Um swab de pele, 1 swab de orofaringe e 1 swab perianal** para pesquisa de Acinetobacter sp (conforme Anexo).

Os pacientes com indicação de precaução de contato devem ficar preferencialmente em quarto sozinho ou em coorte. Adicionalmente, o funcionário que realizar assistência deverá utilizar equipamentos de proteção individual adequados para a precaução de contato (avental e luvas).

7. HOSPITAL CRISTO REDENTOR

O SCIH do HCR identifica e investiga todos os pacientes que receberam cuidados em Serviços de Saúde (internação, emergência, pronto atendimento, UPA, unidade básica de saúde, hemodiálise, endoscopia, quimioterapia, casas geriátricas, radioterapia, entre outros) **nos últimos 6 meses, por mais de 24 horas**. A investigação é realizada através de coleta de **3 swabs de vigilância: 1 swab retal** para pesquisa de ERC e Acinetobacter sp; **1 swab de pele, 1 swab oral e urocultura**, para pesquisa de Acinetobacter sp.

Os pacientes que aguardam resultado de swabs de vigilância são mantidos em precaução de contato (com o paciente ficando sozinho ou em coorte) até liberação do resultado das culturas. Conforme o resultado é definida a conduta.

REFERÊNCIAS

-Ministério da Saúde, 2015 Protocolo de Tratamento de Influenza.

-Secretaria da Saúde Governo do Estado do RS, 2018 – Instruções para Uso de Oseltamivir em Influenza.

-Secretaria da Saúde Governo do Estado do RS, 2018 – Indicação do uso de Oseltamivir

-McDonald, L.C.; Wilcox, M.H.; At Al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis. 2018 Mar 19;66(7):e1-e48.

-ALLEN, U.D.; Canadian Paediatric Society. Infectious Diseases and Immunization Committee. *Clostridium difficile* in paediatric populations. Paediatr Child Health 2014;19(1):43-8.

-DEBAST, S.B.; BAUER, M.P.; KUIJPER, E.J.; At Al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance for *Clostridium difficile* infection. Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Suppl. 2): 1-26.

-AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee of Infectious Disease: *Clostridium difficile* Infection in Infants and Children. Pediatrics 2013;131;196

CDC, 2006 Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006 (update: February, 2017)

-SHEA, 2018 Duration of Contact Precautions for Acute-Care Settings.

-IDSA / SHEA, 2017 Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection (update: March, 2018).

-Jensen PA, Lambert LA, Iademarco MF, Ridzon R, Division of Tuberculosis Elimination, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. Centers for Disease Control and

Prevention. Guidelines for Preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care facilities. 2005.

-Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007.(update: September, 2018)

- Conde MB, Melo FA, Marques AM, Cardoso NC, Pinheiro VG, Dalcin Pde T, Machado Junior A, Lemos AC, Netto AR, Durovni B, Sant'Anna CC, Lima D, Capone D, Barreira D, Matos ED, Mello FC, David FC, Marsico G, Afiune JB, Silva JR, Jamal LF, Telles MA, Hirata MH, Dalcolmo MP, Rabahi MF, Cailleaux-Cesar M, Palaci M, Morrone N, Guerra RL, Dietze R, Miranda SS, Cavalcante SC, Nogueira SA, Nonato TS, Martire T, Galesi VM, Dettoni Vdo V;

-Comissão de Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J rot Pneumol. 2009;35(10):1018-1048

-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série ^a Normas e Manuais Técnicos – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado. Nota Informativa Nº 08, DE 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

- Steingart KR, Schiller I, Horne DJ, Pai M, Boehme CC, Dendukuri N.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD009593

ANEXO I

INFECÇÃO / AGENTE	TIPO DE PRECAUÇÃO PP=Precaução Padrão PC=Precaução Contato PG=Precaução Gotículas PA=Precaução Aérea	DURAÇÃO DA PRECAUÇÃO DD=Duração da Doença DH=Duração Hospitalização	MEDIDAS de BLOQUEIO dos CONTATOS	OBSERVAÇÕES
ABSCESSO Drenagem maior ou não contida	PC	Até diminuir drenagem		Manter curativo fechado quando possível.
ABSCESSO Drenagem menor ou contida	PP	DH		
ADENOVÍRUS	PC+PG	DH	PC+PG por 14 dias. Prolongar PC+PG se contatos imunocomprometidos	Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais. Ver Gastroenterite.
ASPERGILOSE	PP	DH		
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES (MR) MRSA, VRE, ESBLs, ECR	PC	DH (HNSC NÃO FAZ PC PARA MRSA E ESBLs)	Ver Fluxo de Multirresistentes	Ver Fluxo de Multirresistentes
BRONQUIOLITE	conforme vírus identificado			Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais
CAXUMBA	PG	Até 5 dias após início dos sintomas e 9 dias para os casos graves.	Ver Norma Técnica de Cada hospital	Ver Tabela Principais Doenças Infectocontagiosas.
CELULITE	PP	DH		Se houver drenagem ver ABSCESSO
CITOMEGALOVIRUS	PP	DH		Incluindo neonatos e imunocomprometidos
<i>Clamidia trachomatis</i> Conjuntivite	PP	DH		

<i>Clamidia trachomatis</i> Genital	PP	DH		
<i>Clamidia trachomatis</i> Respiratório	PP	DH		
CÓLERA (ver GASTROENTERITE)	PC	DH		PP para pacientes continentais e na ausência de surto.
CONJUNTIVITE BACTERIANA AGUDA (inclusive Gonocócica)	PP	DH		
CONJUNTIVITE VIRAL AGUDA	PC	DD		Possíveis etiologias: Adenovirus, Coxsackievirus e outros Enterovirus.
COQUELUCHE	PG	Até 5 dias após iniciar azitromicina.	PG por 5 dias após iniciar azitromicina.	Ver Fluxo de Coqueluche
COXSACKIEVIRUS (Doença Mão-Pé-Boca ou Herpangina)	PC	DH		Nos incontinentes e para controle de surto
<i>CLOSTRIDIUM difficile</i>	PC	DD	Bloquear quarto para novas internações até limpeza terminal. Se diarreia, passa a ser caso suspeito.	Ver Norma Técnica de cada hospital
DENGUE	PP	DH		Não é transmitida de pessoa a pessoa.
DIARREIA				Ver GASTROENTERITE
DIFTERIA CUTÂNEA	PC	Até terapia antimicrobiana e cultura negativa.		Até 2 culturas negativas com intervalos de 24hs.
DIFTERIA FARÍNGEA	PG	Até terapia antimicrobiana e cultura negativa.		Até 2 culturas negativas com intervalos de 24hs.
ENTEROCOCO RESISTENTE À VANCOMICINA (VRE)	PC	DH		ver Fluxo de Multirresistentes
EPIGLOTITE por <i>HAEMOPHILUS influenzae</i>	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.		
Epstein-Barr Virus	PP	DH		ver Mononucleose Infecciosa

Eritema Infeccioso	PG	7 dias		Ver Parvovirus B19
ESCABIOSE	PC	Até 24hs após início de tratamento.		
ESCARLATINA	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.		
ESTAFILOCOCCIA (<i>S.aureus</i>) (pele, ferida, queimado) Drenagem maior ou não contida	PC	DD		Enquanto houver lesão aberta ou drenagem.
ESTAFILOCOCCIA (<i>S.aureus</i>) (pele, ferida, queimado) Drenagem menor ou contida	PP	DH		Se contida por curativo.
ESTAFILOCOCCIA (<i>S.aureus</i>) MRSA / <i>S.aureus</i> Meticilina Resistente	PC (HNSC NÃO FAZ PC. HFE FAZ DE ACORDO COM O SÍTIO)	DH		Ver Fluxo de Multirresistentes
ESTAFILOCOCCIA (<i>S.aureus</i>) Síndrome da Pele Escaldada	PC	DD		
ESTAFILOCOCCIA (<i>S.aureus</i>) Síndrome do Choque Tóxico	PP	DH		
ESTREPTOCOCCIA (<i>Streptococcus</i> Grupo A) (pele, ferida, queimado) Drenagem maior	PC+PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.		Enquanto houver lesão aberta ou drenagem não contida.
ESTREPTOCOCCIA (<i>Streptococcus</i> Grupo A) (pele, ferida, queimado) Drenagem menor	PP	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.		Se contida por curativo.
ESTREPTOCOCCIA (<i>Streptococcus</i> Grupo A) Faringite em Lactentes e Crianças Pequenas	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.		

ESTREPTOCOCCIA (Streptococcus Grupo B) Neonatal	PP	DH		
GASTROENTERITE por ADENOVIRUS	PC ou PP (de acordo com SCIH local)	DD		PP para pacientes continentais e na ausência de surto.
GASTROENTERITE por <i>Campylobacter</i> sp Cholera <i>Cryptosporidium</i> sp <i>E.coli</i> <i>Salmonella</i> sp <i>Shigella</i> sp	PC ou PP (de acordo com SCIH local)	DD		PP para pacientes continentais.
GASTROENTERITE por <i>Clostridium difficile</i>	PC	DD		Ver Fluxo de Controle de Diarreia por <i>Clostridium difficile</i>
GASTROENTERITE por Rotavírus	PC	DD		Garantir limpeza e desinfecção adequadas do ambiente.
GONORREIA	PP	DH		Incluindo forma conjuntival em neonatos.
HEPATITES VIRAIS Tipo A	PC	< 3 anos = DH 3-14 anos = até 14 dias após início sintomas >14 anos = até 7 dias após início sintomas		
HEPATITES VIRAIS Tipo B,C,D	PP	DH		
HERPES SIMPLES Encefalite	PP	DH		
HERPES SIMPLES Mucocutânea disseminada ou severa	PC	Até todas as lesões secas e com crostas		
HERPES SIMPLES Mucocutânea recorrente (pele,oral,genital)	PP	DH		
HERPES SIMPLES Neonatal	PC	Até todas as lesões secas e com crostas.		No caso de RN assintomático, instituir medidas se mãe teve infecção ativa e bolsa rota maior de 4 a 6hs, independente do tipo de parto.

HERPES ZOSTER (Doença disseminada em qualquer paciente ou Doença Localizada em paciente Imunossuprimido)	PA+PC	Até todas as lesões secas e com crostas.	PA por 21 dias (28 dias se usou VZIG). Solicitar sorologia IgG p/Herpes Zoster(via work-flow) para contatos c/previsão de internação >7dias.	Pessoas suscetíveis devem evitar entrar no quarto. Ver indicação de imunização pós-exposição em Recomendações para Medidas de Bloqueio de Varicela/Herpes Zoster. VER NORMA TÉCNICA.
HERPES ZOSTER (Localizado em paciente imunocompetente E Lesões podem ser cobertas)	PP	Até todas as lesões secas e com crostas. PC se não houver possibilidade de cobrir as lesões.	Se contato íntimo (ex. tocar, abraçar) PA por 21 dias (28 dias se usou VZIG).	Pessoas suscetíveis devem evitar entrar no quarto. Ver indicação de imunização pós-exposição em Recomendações para Medidas de Bloqueio de Varicela/Herpes Zoster. VER NORMA TÉCNICA.
HIV	PP	DH		
IMPETIGO	PC	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva		
INFLUENZA (A , B)	PG	5 dias após início da doença ou até 24 hs após resolução da febre e dos sintomas respiratórios (o que for mais longo)	Oseltamivir profilático em não vacinados,ou vacinação há menos de 15 dias, ou com fatores de risco independente da vacinação.	No caso de crianças pequenas ou pacientes gravemente imunocomprometidos, que podem liberar vírus por períodos mais longos, pode ser prolongado conforme julgamento clínico. Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais.
LEPTOSPIROSE	PP	DH		Não é transmitida de pessoa a pessoa.
MENINGITE Viral Neonatal Fúngica Bacteriana (exceto <i>Haemophilus influenzae</i> e <i>Neisseria meningitidis</i>)	PP	DH		
MENINGITE por <i>Haemophilus influenzae</i> e <i>Neisseria meningitidis</i> (Suspeito ou confirmado)	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva.	Ver Fluxo de Orientações para quimioprofilaxia pós-exposição	Ver Fluxo de Orientações para quimioprofilaxia pós-exposição

MENINGITE por Tuberculose	PP			Acrescentar PA se apresentar evidência de Tuberculose Pulmonar Ativa.
MENINGOCOCCEMIA	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva	Ver Fluxo de Orientações para quimioprofilaxia pós-exposição	Ver Fluxo de Orientações para quimioprofilaxia pós-exposição
MOLUSCO CONTAGIOSO	PP	DH		
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	PP	DH		
MICOBACTERIA NÃO TUBERCULOSE (Atípica)	PP			Não é transmitida de pessoa a pessoa.
MULTIRRESISTENTES (MRSA, VRE, ESBLs, ECR)	PC (HNSC NÃO FAZ PC PARA MRSA E ESBLs)	DH	Ver Fluxo de Multirresistentes	Ver Fluxo de Multirresistentes
PARVOVIRUS B19 Eritema Infeccioso	PG	7 dias		Manter as precauções durante toda a hospitalização em pacientes imunocomprometidos (HCC).
PEDICULOSE	PC	Até 24hs após início de tratamento		
PNEUMONIA por B.cepacia	PC	Ver Noma Técnica de Cada hospital		
PNEUMONIA por <i>Chlamydia sp.</i> , Fúngica, <i>Haemophilus influenzae</i> (em Adultos), <i>Legionella spp.</i> , Pneumocócica, <i>Pneumocystis jiroveci (carini)</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> exceto MRSA, Viral (em Adultos) (HNSC NÃO FAZ PC PARA MRSA)	PP	DH		
PNEUMONIA por <i>Haemophilus influenzae</i> (Lactentes e Crianças) Meningocócica <i>Streptococcus</i> Grupo A <i>Mycoplasma</i>	PG	Até 24hs após início de terapia antimicrobiana efetiva		Incluir PC no caso de doença estreptocócica com lesões cutâneas. Em Mycoplasma, manter DD.

PNEUMONIA Viral em Lactentes e Crianças	conforme vírus identificado			Conforme vírus identificado. Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais.
PNEUMONIA por Varicela	PA+PC	DH ou pelo tempo de sintomas respiratórios.	Ver varicela Zoster	Ver Varicela Zoster.
POLIOMIELITE	PC	DD		
RUBÉOLA ADQUIRIDA	PG	Até 7 dias após o início do exantema	Ver Norma Técnica de Cada hospital	Ver Tabela Principais Doenças Infectocontagiosas.
RUBÉOLA CONGÊNITA	PC	Durante primeiro ano de vida.	Ver Norma Técnica de Cada hospital	Ver Tabela Principais Doenças Infectocontagiosas.
SARAMPO	PA	Até 4 dias após o início do exantema. Imunocomprometidos manter PA por toda hospitalização.	Ver Norma Técnica de Cada hospital	Ver Fluxo de Caso Suspeito de Sarampo.
SÍFILIS (Todas as formas)	PP	DH		
SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave	PG+PC (de acordo com SCIH local)	DD mais 10 dias após resolução da febre		Ver Norma Técnica de Cada hospital
TÉTANO	PP	DH		Não é transmitida de pessoa a pessoa.
TOXOPLASMOSE	PP	DH		
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR Lesão com drenagem	PA+PC	Até melhora clínica e ausência de drenagem ou 3 culturas negativas se drenagem mantida.		Avaliar presença de doença pulmonar ativa.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR Sem drenagem (Meningite, Miliar, Renal, outras)	PP	DH		Avaliar presença de doença pulmonar ativa. Em CRIANÇAS, usar PA até doença pulmonar excluída nos familiares.

TUBERCULOSE PULMONAR ou LARÍNGEA Suspeita	PA	Manter até : 2 amostras consecutivas de escarro espontâneo negativo OU 1 amostra de escarro induzido ou LG ou LBA negativo OU 1 amostra de escarro GeneXpert negativo.		Em CRIANÇAS, usar PA até doença pulmonar excluída nos familiares.
TUBERCULOSE PULMONAR ou LARÍNGEA Confirmada	PA	Manter até : 2 amostras consecutivas de escarro espontâneo negativo após 15 dias de tratamento efetivo; OU PACIENTE SEM ESCARRO COM MELHORA CLÍNICA por 72hs após 15 dias de tratamento efetivo; OU PACIENTE SEM ESCARRO SEM MELHORA CLÍNICA após 15 dias de tratamento efetivo e 1 amostra negativa de escarro induzido ou LG ou LBA		Em CRIANÇAS, usar PA até doença pulmonar excluída nos familiares.
ÚLCERA POR PRESSÃO INFECTADA Drenagem Maior	PC	DD		Enquanto houver lesão aberta ou drenagem não contida.
ÚLCERA POR PRESSÃO INFECTADA Drenagem Menor E se for contida por curativo	PP	DD		
VARICELA	PA+PC	Até todas as lesões secas e com crostas.		Pessoas suscetíveis devem evitar entrar no quarto. Ver indicação de imunização pós-exposição em Recomendações para Medidas de Bloqueio de Varicela/Herpes Zoster.

VIRUS PARAINFLUENZA Lactentes e Crianças	PC	DD		No caso de pacientes imunocomprometidos, que podem liberar vírus por períodos mais longos, pode ser prolongado conforme julgamento clínico. Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais.
VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Lactentes e Crianças Adultos Imunocomprometidos	PC	DD		No caso de pacientes imunocomprometidos, que podem liberar vírus por períodos mais longos, pode ser prolongado conforme julgamento clínico. Ver Fluxo de Doenças Respiratórias Virais.