



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 45/2024-CGVDI/DPNI/SVSA/SAPS/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Alerta sobre a atual situação epidemiológica da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes hospitalizados no Brasil e por regiões, em 2024, até a Semana Epidemiológica (SE) 17, a fim de orientar diretrizes para a implementação de medidas preventivas e de controle, diagnóstico precoce e estratégias destinadas a fortalecer a capacidade de preparação e resposta na Rede de Atenção à Saúde (RAS) frente ao aumento dos casos de SG e SRAG.

2. **ANTECEDENTES**

2.1. Considerando a tendência de aumento observada nas últimas SE entre os casos de SG da Vigilância sentinela e de SRAG hospitalizado por vírus respiratórios dado o período sazonal, o Ministério da Saúde (MS), por meio desta Nota Técnica, vem alertar sobre a importância das medidas de prevenção e controle e o diagnóstico precoce a fim de reduzir a transmissão da doença, bem como apoiar as ações assistenciais.

2.2. A disseminação dos vírus respiratórios tem variações sazonais distintas em diferentes regiões do Brasil. Durante certos períodos do ano, alguns vírus respiratórios podem apresentar maior circulação, assim como demais vírus respiratórios causam infecções que podem variar de sintomas leves até quadros mais graves, levando a complicações e até mesmo evoluindo ao óbito. No atual período, destacam-se os vírus Influenza e o vírus sincicial respiratório (VSR),

2.3. A ocorrência de casos de gripe pela influenza sazonal continua sendo um problema de saúde pública, juntamente com a real possibilidade de uma nova pandemia por influenza de novo subtipo viral. Sabendo-se da capacidade de rápida disseminação global da doença devido a transmissibilidade, a população mundial está bastante vulnerável a esta doença e suas consequências.

2.4. Devido às características evolutivas do vírus influenza, faz-se necessário um contínuo monitoramento global (vigilância, epidemiologia, diagnóstico e análises complementares dos vírus influenza) e, conseqüentemente, a reformulação e/ou atualização das vacinas. A vacinação é a medida preventiva mais eficaz para prevenir a infecção e os efeitos graves causados pelos vírus da influenza, como a hospitalização e o óbito.

2.5. No país, o monitoramento dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é desenvolvido por meio das estratégias de vigilância sentinela de SG e da vigilância de casos e óbitos da SRAG e, mais recentemente devido a pandemia, foi integrada a vigilância universal de casos leves de SG pela covid-19.

2.6. Assim como os demais vírus respiratórios, o SARS-CoV-2 também continua circulando durante todos os períodos do ano, com padrão de circulação não definido. Sua dinâmica de transmissão é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo a mobilidade da população e sua alta taxa de transmissibilidade. Esses elementos interagem de forma complexa, resultando em aumentos abruptos de casos e a ocorrência de surtos em diferentes momentos do ano. Como visto em outros vírus respiratórios, a exemplo do influenza, essa variabilidade sazonal pode desencadear picos de infecção, refletindo diretamente no número de casos. Nesse contexto, é importante que as autoridades de saúde pública em todas as esferas de gestão estejam preparadas para responder rapidamente e de forma eficaz a essas flutuações, implementando medidas de controle e prevenção que atendam às necessidades específicas de cada situação.

2.7. Diante do exposto, o Ministério da Saúde alerta para as medidas de prevenção e controle e o diagnóstico precoce para evitar casos graves e evolução ao óbito.

2.8. Uma resposta eficaz diante do aumento de casos SG e SRAG por vírus respiratórios de importância em saúde pública, e o conseqüente aumento progressivo da demanda por atendimentos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), requer direcionamento de esforços para reorganização dos serviços, especialmente no âmbito da assistência à saúde, tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada.

2.9. Nesse contexto, é importante que a RAS esteja adequadamente preparada para atender de forma oportuna e coordenada a crescente demanda por atendimento nos serviços de saúde.

3. ANÁLISE

Situação Epidemiológica

3.1. Com base no monitoramento epidemiológico dos vírus respiratórios por meio da Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, até a SE 17 de 2024, dentre as amostras positivas para influenza, 56% (2.361/4.232) foram decorrentes de influenza A não subtipado, 24% (996/4.232) de influenza A(H3N2), e 20% (841/4.232) de influenza A(H1N1)pdm09. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de SARS-CoV-2 (46%), Rinovírus (36%) e VSR (13%) (Fig. A). Entre as SE 15 a 17, observa-se predomínio do vírus Influenza (68%). (Figura 1).

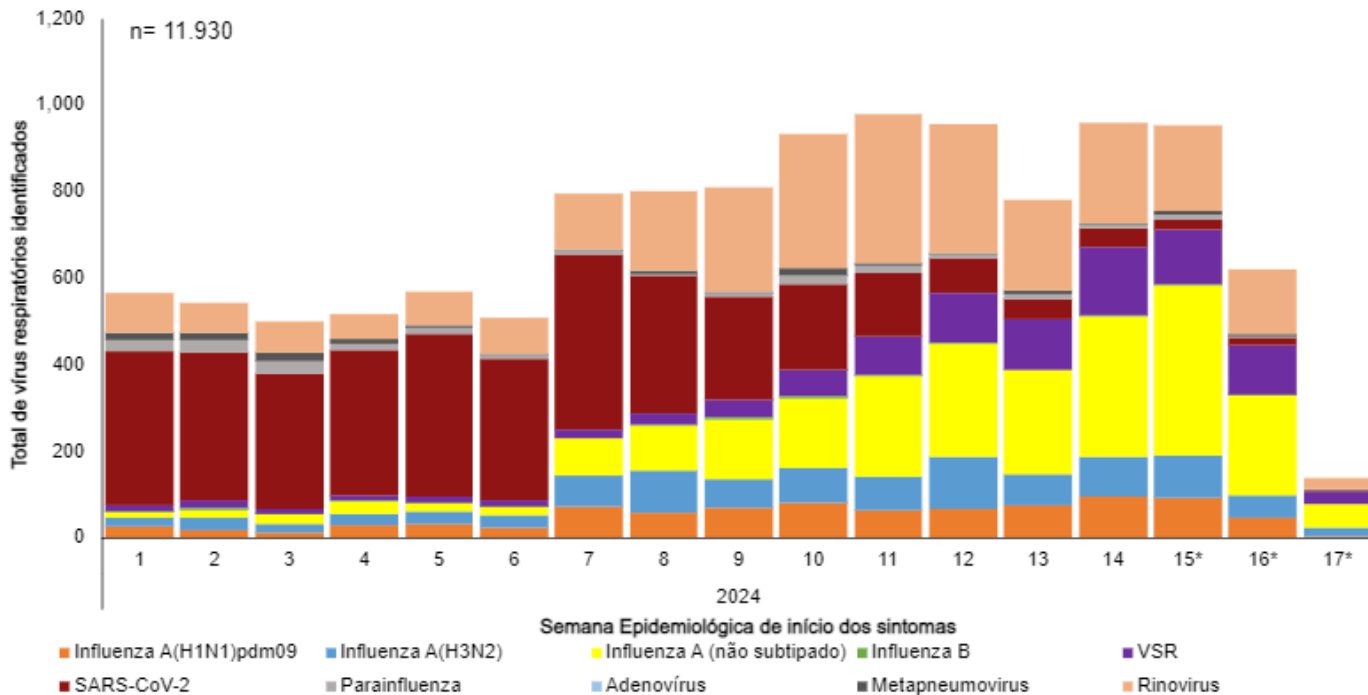


Figura 1. Identificação dos vírus respiratórios em Unidades Sentinelas de SG, segundo semana epidemiológica de primeiros sintomas. Regiões do Brasil, 2024 até a SE 17. Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 29/04/2024, *dados sujeitos à alteração.

3.2. Em relação à vigilância universal de SRAG em pacientes hospitalizados, até a SE 17 de 2024 foram notificados 35.230 casos de SRAG, dos quais, em 52,5% (18.507) houve a identificação de vírus respiratórios (Influenza, SARS-CoV-2 ou OVR). Destes, 34% foram em decorrência do VSR, seguido de covid-19 com 32,9% e por influenza com 17,5% (Figura 2). Porém, vale destacar, que nas últimas SE há predomínio da identificação dos vírus influenza e VSR.

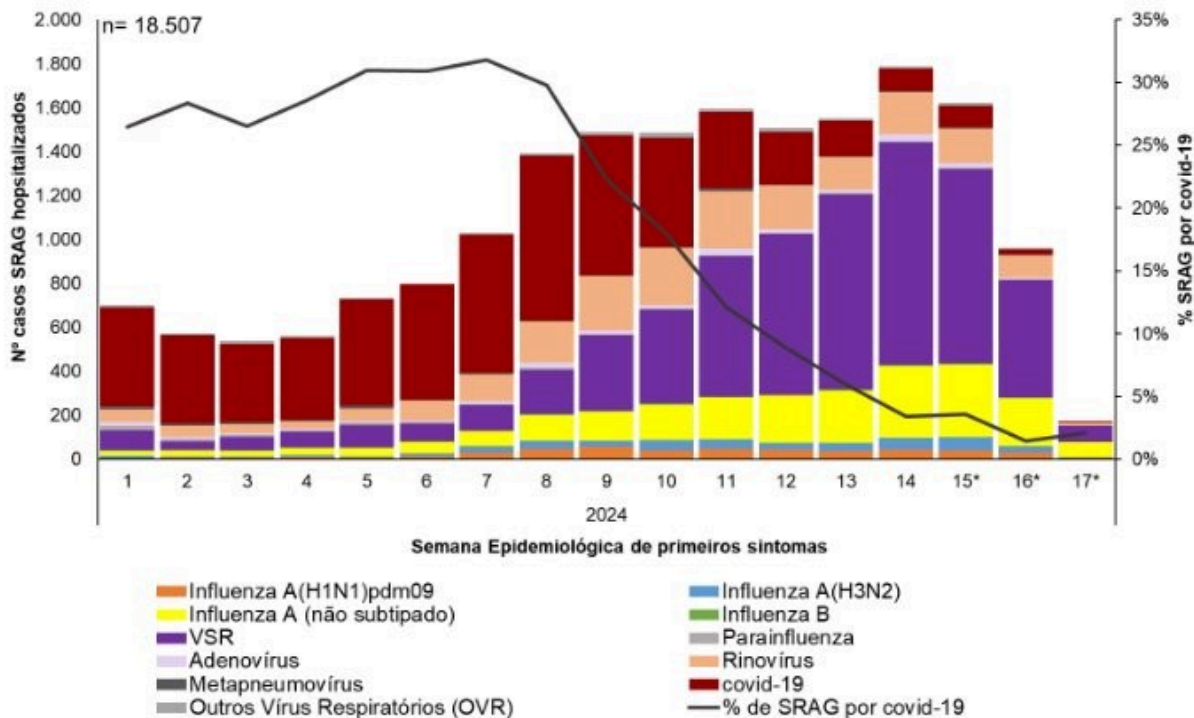


Figura 2. Casos de SRAG por Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios, segundo SE. Brasil, 2024 até a SE 17.
Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 29/04/2024, *dados sujeitos à alteração.

3.3. Entre os casos de SRAG hospitalizados, o vírus Influenza, SARS-CoV-2 e VSR, foram identificados em todas as regiões geográficas desde o início do atual ano epidemiológico (Figura 3).

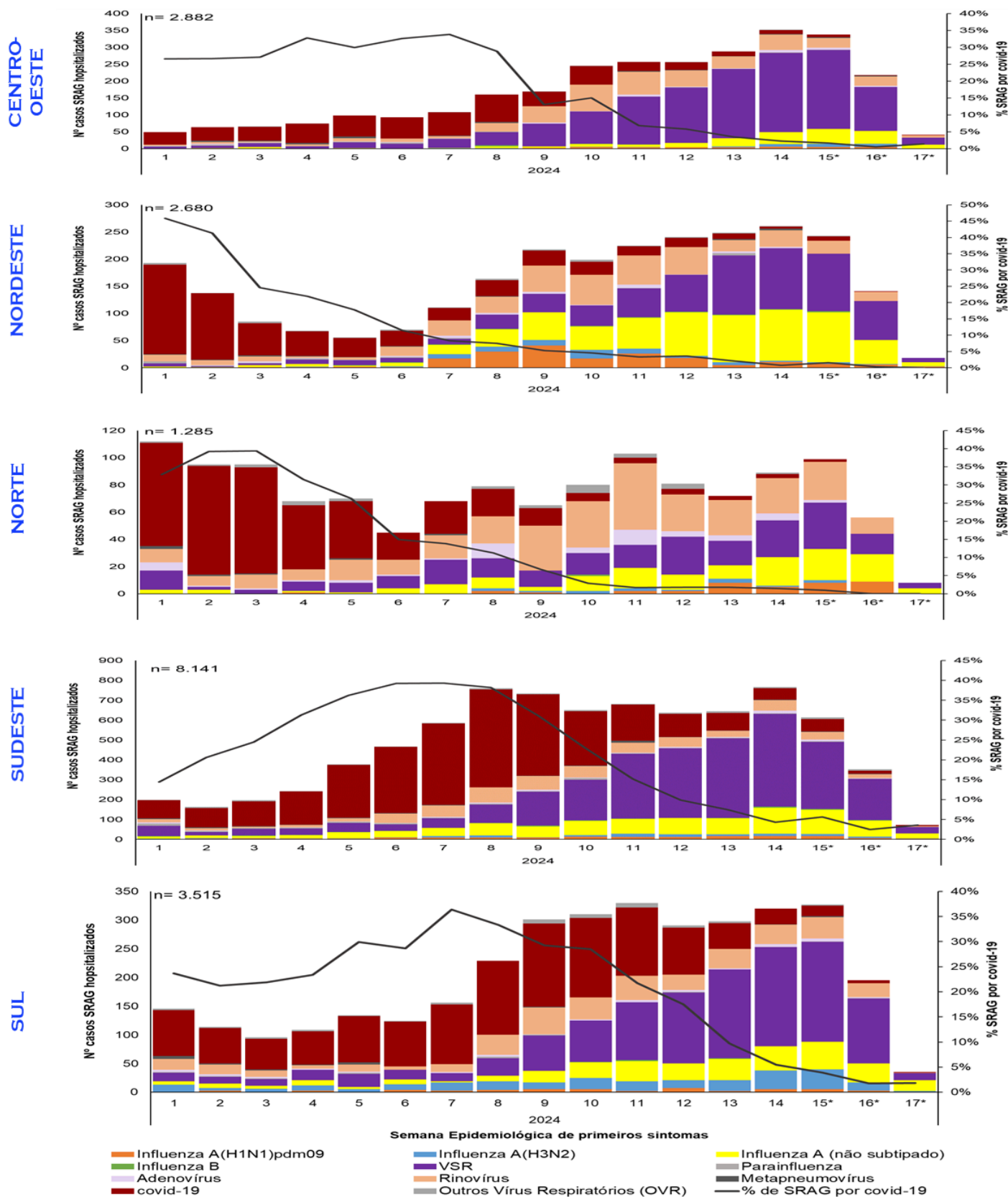


Figura 3. Casos de SRAG por Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios, segundo SE. Regiões do Brasil, 2024 até a SE 17.
Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 29/04/2024, dados sujeitos à alteração.

3.4. Destaca-se a alta prevalência dos casos de VSR em crianças até cinco anos de idade, principalmente naquelas menores de um ano. Dentre o total de casos de SRAG confirmados para VSR, até a SE 17 de 2024, 95,2% foram em crianças menores de cinco anos de idade, sendo 72,5% desses em menores de um ano de idade (Figura 4).

n= 18.507

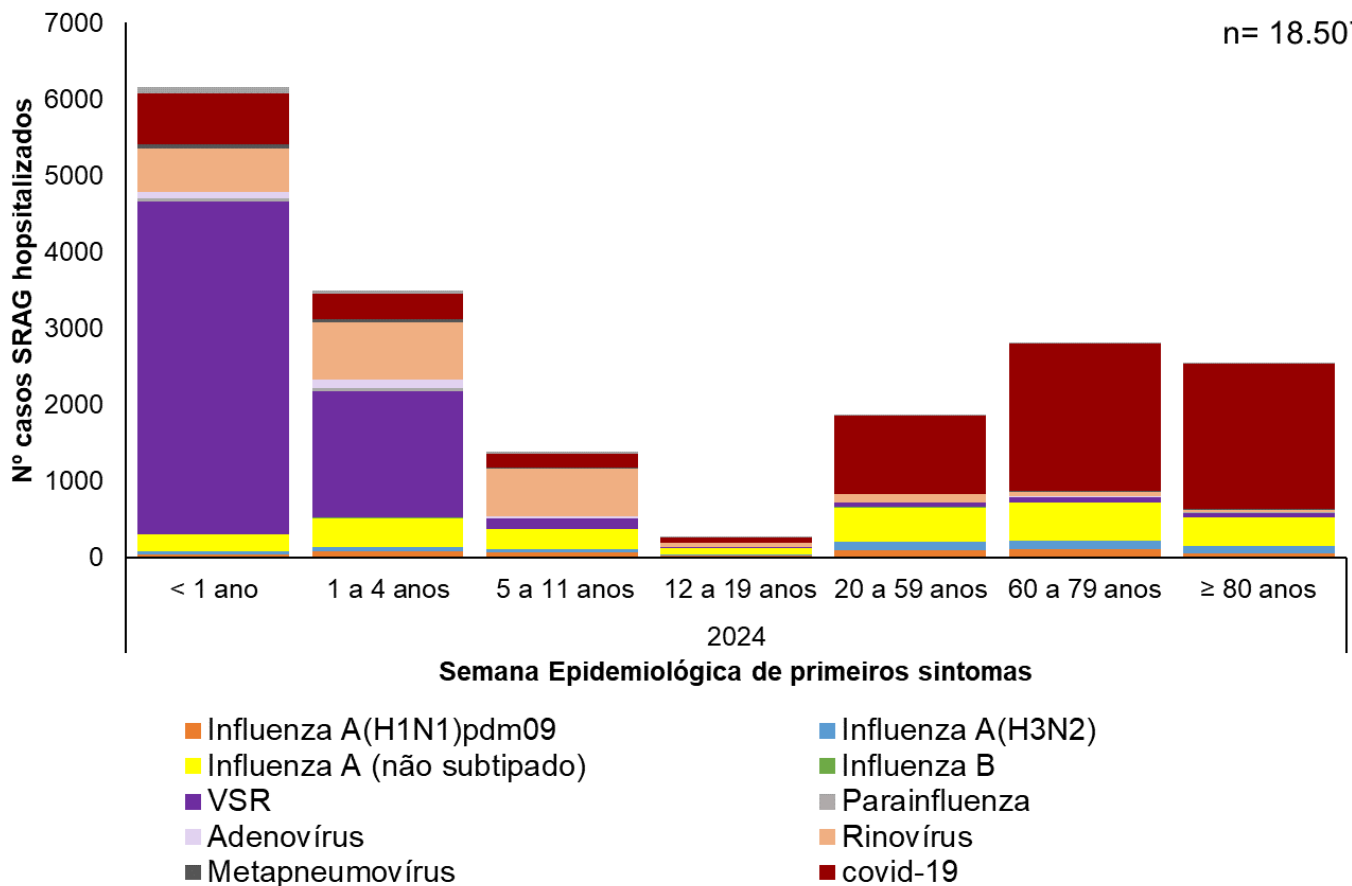


Figura 4. Casos de SRAG por vírus respiratórios e por faixas etárias, Brasil, 2024 até a SE 17.
Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 29/04/2024, dados sujeitos à alteração.

3.5. De acordo com os casos notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), a situação epidemiológica da SG das unidades sentinelas e da vigilância universal da SRAG em pacientes hospitalizados demonstram que os casos de influenza e VSR têm dominado o cenário epidemiológico no Brasil. Nesse momento, com base nas notificações entre as SE 12 e 14 de 2024, as regiões Sudeste e Sul apresentam maior identificação de casos e circulação desses vírus, porém em todas as regiões há maior proporção de casos de Influenza e VSR em comparação com os casos de SARS-CoV-2.

Vigilância Laboratorial

3.6. Insumos estratégicos para identificação dos vírus sob monitoramento por métodos de biologia molecular são distribuídos pela SVSA para os laboratórios centrais de saúde pública e laboratórios de referência incluindo SARS-Cov-2, influenza A e Influenza B (para todas as amostras coletadas de pacientes com SG e SRAG, distribuídas 504.672 reações de janeiro a abril de 2024), Vírus Sincicial Respiratório, adenovírus e rinovírus (para amostras das unidades sentinela de síndrome gripal e SRAG, óbitos, gestantes, menores de 5 anos e surtos, distribuídas em 2024 - até abril - 400.000 reações) e outros vírus (subtipagem de influenza A H1 e H3, quatro outros coronavírus, metapneumovírus, bocavírus, parainfluenza 1, 2 e 3, enterovírus, em 2024 serão distribuídas 120.000 reações). Essa distribuição é feita por demanda dos laboratórios e de acordo com monitoramento periódico das solicitações e resultados no sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

Medidas de Prevenção e Controle

3.7. Com base nessas notificações e na análise epidemiológica realizada, recomenda-se que os gestores da rede de vigilância epidemiológica da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios nas Unidades Federadas (UF) e municípios organizem os fluxos para identificação, coleta de amostras, notificação dos casos de SG e SRAG de forma oportuna.

3.8. Reitera-se a importância da notificação oportuna dos casos de SG das unidades sentinelas e dos casos de SRAG hospitalizados no SIVEP-Gripe, uma vez que, por meio dos dados notificados e da análise, é possível monitorar a situação epidemiológica. A subnotificação de casos ou atraso no registro de casos nos sistemas oficiais do

MS, dificultam a real compreensão da situação epidemiológica e podem interferir na tomada de decisões oportunas por parte dos gestores.

3.9. Informa-se que as equipes técnicas de vigilância epidemiológica e laboratorial da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios da Secretaria de Vigilância em Saúde Ambiente (SVSA/MS) realizam o monitoramento semanal da situação epidemiológica das SG e SRAG e divulgam nos informes da Vigilância das Síndromes Gripais em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes>.

3.10. Diante do exposto, considerando a situação epidemiológica da influenza e covid-19 nas UF, o MS destaca a importância da vacinação dos grupos prioritários.

3.10.1. Para a influenza, pessoas de todas as idades são suscetíveis aos vírus, no entanto, alguns grupos são mais vulneráveis a desenvolver complicações em decorrência da doença, conforme o informe "Estratégia de Vacinação contra a Influenza Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste 2024" disponível no link <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/estrategia-de-vacinacao-influenza-2024>. Nesse sentido, destacam-se as gestantes, puérperas, população indígena, população quilombola, adultos com mais de 60 anos de idade, crianças menores de cinco anos de idade, pessoas em situação de rua, indivíduos com comorbidades ou condições clínicas especiais, entre estes, cardiopulmonares, com obesidade grau III, diabetes mellitus, imunossupressão, transplantados, portadores de trissomia, entre outros. Além desta população, trabalhadores da saúde dos serviços público e privado, nos diferentes níveis de complexidade, professores do ensino básico e superior, profissionais das forças de segurança e salvamento e profissionais das forças armadas também são público-alvo para vacinação contra influenza. Portanto, todos os esforços deverão ser continuados para vacinar esses grupos.

3.10.2. A vacinação contra a influenza e covid-19 são as medidas de prevenção mais eficazes para proteger contra essas doenças e, principalmente, contra a evolução para complicações e óbitos. A vacinação também contribui para a redução da circulação viral na população, protegendo especialmente os indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco, os quais demandam abordagens específicas de vigilância e controle, a depender da gravidade das manifestações clínicas e do potencial epidemiológico.

3.10.3. Na oportunidade, considerando o início precoce da vacinação em 2024, este MS recomenda, também, a ampliação da oferta da vacina influenza a toda a população não vacinada a partir de 6 meses de idade, a depender da situação epidemiológica nos territórios e do estoque existente da vacina e da estratégia definida pelas Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, de acordo com o Ofício Circular nº 142/2024/SVSA/MS.

3.11. Para reduzir e prevenir a transmissão de vírus respiratórios, além da vacinação, também deve-se fazer o uso de medidas não farmacológicas de prevenção e controle, como: distanciamento físico; etiqueta respiratória; uso de máscaras; limpeza e desinfecção de ambientes; higienização das mãos com água e sabão ou com álcool gel - principalmente depois de tossir ou espirrar, usar o banheiro, antes de comer, antes e depois de tocar os olhos, a boca e o nariz; e evitar tocar os olhos, nariz ou boca, após contato com superfícies potencialmente contaminadas (corrimãos, bancos, maçanetas, etc.). Pessoas com síndrome gripal devem evitar contato direto com outras pessoas, principalmente aquelas com risco para agravamento por influenza, VSR ou covid-19, evitando aglomerações e ambientes coletivos.

3.12. Aliado às medidas não farmacológicas de prevenção e controle, o MS recomenda ainda a profilaxia do VSR com o uso do anticorpo monoclonal palivizumabe para crianças elegíveis. A profilaxia deve ser utilizada durante a sazonalidade do VSR para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior causado por este vírus, em crianças com maior risco de complicação da doença. Está indicada para crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias) e crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada. Mais informações sobre o palivizumabe estão disponíveis em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/anticorpo_palivizumabe_sazonalidade_virus_vsr.pdf

3.13. Da mesma forma, recomenda-se que haja articulação com as equipes da atenção à saúde para a assistência e tratamento oportuno dos casos quando indicado, independente de resultado do diagnóstico.

3.13.1. O manejo clínico adequado dos casos de SG e SRAG são importantes para diminuir o risco de desenvolver complicações que podem resultar em hospitalização prolongada, incapacidade temporária ou permanente e óbitos.

3.13.2. Neste contexto, ressalta-se que tratamentos medicamentosos estão disponíveis no SUS para tratamento da covid-19 e influenza. O antiviral nirmatrelvir/ritonavir está disponível no SUS para tratamento da covid-19 leve e moderada, para pessoas acima de 65 anos ou imunocomprometidos nos primeiros 05 dias de sintomas. O medicamento é dispensado mediante receita simples em duas vias. Demais informações podem ser acessadas no guia de uso do antiviral, disponível em: <https://bit.ly/guia-uso-nirmatrelvir-ritonavir-nov-2022>

3.13.3. Para os casos de infecção pelo vírus influenza, o MS disponibiliza o antiviral fosfato de osetalmivir para tratamento dos pacientes elegíveis, o qual deve ser iniciado o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas. As indicações de tratamento com fosfato de osetalmivir se encontram disponíveis no guia de manejo e tratamento de influenza 2023: <https://bit.ly/guia-manejo-tratamento-influenza-2023>

3.14. Destaca-se ainda a importância do envolvimento e colaboração dos gestores municipais e estaduais de saúde na implementação de medidas locais e regionais, adaptadas à realidade local.

3.15. Ainda, gestores e profissionais de saúde devem estar preparados para gerir a crescente demanda, fortalecendo as estratégias de vigilância epidemiológica, gestão de recursos e insumos e comunicação eficaz. A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para fortalecer a resposta diante desse desafio.

Rede de Atenção à Saúde

3.16. Durante o período de maior circulação de vírus respiratórios e o consequente aumento da demanda de atendimentos de casos de SG e casos de SRAG hospitalizado, é fundamental estabelecer e implementar protocolos e fluxos de manejo de casos, de forma ordenada e articulada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Rede de Urgências e Emergências.

3.17. A RAS deve se preparar para atender ao maior número de casos de SG e SRAG por meio de medidas coordenadas e abrangentes. A organização dos serviços de saúde precisa considerar a previsão e disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos, ampliação da oferta de apoio diagnóstico (conforme necessário), estabelecimento de fluxos e unidades de referência e contrarreferência, além de eficiência da Central de Regulação de Leitos.

3.18. Considerando os componentes que integram a RAS, é importante destacar algumas diretrizes:

3.19. Atenção Primária à Saúde (APS):

- Ordenar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde local, a fim de qualificar o fluxo de encaminhamentos em tempo oportuno;
- Garantir o acesso e avaliação dos usuários sintomáticos, com classificação de risco e conduta adequada de acordo com a gravidade;
- Realizar capacitação dos profissionais para diagnóstico, manejo e seguimento dos casos de SG e SRAG;
- Assegurar encaminhamento oportuno dos casos graves para as unidades de Atenção Especializada, conforme fluxos previamente estabelecidos;
- Monitorar os casos de Síndrome Gripal (SG) e acompanhar os usuários após altas de internação por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Promover vacinação dos grupos prioritários;
- Garantir a vacinação dos profissionais de saúde que atuam nos territórios;
- Realizar ações de educação em saúde sobre medidas preventivas para as síndromes gripais;
- Realizar ações de reabilitação, quando indicadas;
- Utilizar as ferramentas de telemonitoramento disponíveis no território.

3.20. Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h e Portas de Entrada Hospitalares:

- Fornecer máscara para os pacientes com sintomas respiratórios;
- Separar as áreas de espera: destinar áreas específicas para pacientes com sintomas respiratórios (todos usando máscaras) e outras para diferentes patologias, reduzindo o risco de transmissão;
- Garantir fluxos separados aos pacientes com sintomas respiratórios que procuram o serviço, com sinalização adequada;
- Reservar alas de observação específicas para pacientes com SRAG e organizar internamente a alocação de cada paciente nessas alas;
- Estabelecer uma sala de emergência exclusiva, se possível, para pacientes com suspeita ou confirmação de SRAG, com fluxos bem-sinalizados para evitar contaminação cruzada;
- Priorizar o atendimento dos casos mais urgentes, encaminhando para avaliação médica imediata, estabelecer fluxos de atendimento ágeis e eficientes;
- Disponibilizar equipamentos e recursos adequados para o atendimento inicial dos pacientes nos serviços;
- Implementar protocolos de atendimento e manejo clínico baseados em evidências científicas que promovam qualidade da assistência prestada e desfechos clínicos favoráveis;

- Capacitar a equipe dos serviços para correta classificação de risco dos pacientes, identificando a gravidade do quadro clínico para atendimento em tempo oportuno, com especial atenção aos grupos de risco;
- Reforçar junto à equipe assistencial os protocolos de higiene das mãos, uso correto dos EPI's (máscaras, faceshield, etc), distanciamento social e limpeza rigorosa das superfícies;
- Evitar deslocamentos desnecessários dentro da Unidade de Pronto Atendimento e da Porta de Entrada Hospitalar para reduzir o risco de contágio entre pacientes e profissionais de saúde;
- Manter comunicação constante com outros pontos da rede de atenção à saúde, como hospitais e unidades básicas;
- Coordenar o fluxo de pacientes e os encaminhamentos conforme a gravidade do caso.

3.21. Hospitais

- Implementar protocolos de atendimento e manejo clínico baseados em evidências científicas que promovam qualidade da assistência prestada e desfechos clínicos favoráveis;
- Avaliar a capacidade atual de leitos de hospital, equipamentos médico hospitalares (ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos, bomba de infusão, etc); suprimentos médicos e equipe de saúde, e considerar a necessidade de ampliação temporária das equipes;
- Elaborar Plano de Contingência com respostas para diferentes cenários epidemiológicos;
- Prover equipamentos e materiais médicos hospitalares, equipamentos de proteção individual, medicamentos e insumos necessários;
- Identificar áreas de ociosidade e desenvolver estratégias para aumentar a capacidade conforme necessário;
- Disponibilizar e converter leitos para um maior nível de complexidade, conforme o risco clínico e a dependência de cuidados de enfermagem;
- Preferencialmente, definir área física específica para o atendimento dos pacientes, reforçando as medidas de controle de infecções;
- Estabelecer critérios claros e objetivos para a internação de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI), visando garantir uma adequada assistência e otimização dos recursos disponíveis;
- Promover altas precoces com monitoramento nos hospitais e conclusão das terapias de menor complexidade em domicílio;
- Considerar, conforme cenário epidemiológico, a suspensão dos atendimentos eletivos hospitalares;
- Converter leitos para um nível de maior complexidade;
- Estabelecer equipes de conexão com a Serviço de Atenção Domiciliar para desospitalização;
- Preparar os serviços de reabilitação para o aumento da demanda pós alta, melhorando a comunicação entre os serviços e buscando garantir o tempo oportuno para início da reabilitação;
- Implementar um sistema eficiente de gestão de leitos, que permita o monitoramento em tempo real da disponibilidade de leitos e a alocação adequada de pacientes. Isso inclui garantir que todos os leitos estejam operacionais e em condições de uso.

3.22. Regulação Interna

3.23. As atividades de regulação envolvem a articulação entre o Núcleo de Internação Hospitalar (NIR) e os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de definir, organizar e acompanhar o fluxo de usuários e o acesso aos serviços de saúde. Estabelecer uma rede de comunicação eficaz entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) é fundamental para garantir que os usuários tenham acesso oportuno e adequado aos recursos necessários.

3.24. Atribuir ao Núcleo de Internação Hospitalar (NIR) o mecanismo de gerenciamento centralizado de leitos é fundamental para garantir uma resposta eficiente diante de momentos de alta demanda. Este núcleo, em conformidade com os protocolos estabelecidos, poderá gerenciar e definir o encaminhamento de pacientes, coordenando também a transferência em conjunto com complexo regulador regional.

3.25. Para otimizar o serviço, é importante atribuir ao NIR as seguintes responsabilidades mínimas:

- O NIR deve monitorar continuamente a disponibilidade de leitos em todas as unidades de saúde do serviço. Isso envolve manter registros atualizados sobre leitos disponíveis, ocupação atual e previsão de

disponibilidade futura;

- Estabelecer e ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;
- Relatar diariamente o número de pacientes aguardando hospitalização, direcionando-os para o serviço adequado conforme a complexidade do caso;
- Com base na gravidade e na urgência dos casos de SRAG, o NIR deve priorizar a alocação de leitos, garantindo que os pacientes mais críticos sejam atendidos rapidamente, conforme protocolo da unidade de saúde;
- Gerenciar, em conjunto com os coordenadores dos serviços clínicos, a alta dos pacientes de forma ágil, mantendo registros dos dias de permanência e indicadores hospitalares;
- Coordenar, junto à Atenção Primária à Saúde (APS) ou a SAD, a saída dos pacientes em recuperação para assistência domiciliar, quando indicado;
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;

3.26. **Ampliação dos leitos de UTI e leitos de suporte ventilatório pediátrico**

3.26.1. O Leito de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) desempenha um papel crucial ao fornecer suporte aos casos mais graves de SRAG, particularmente quando a criança se encontra em estado de choque e instabilidade hemodinâmica. Por sua vez, o Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar Pediátrico é essencial para apoiar a unidade de internação clínica no tratamento de casos que requerem suporte ventilatório não invasivo e invasivo, visando estabilizar o paciente até que seja possível seu remanejamento para um leito com maior densidade tecnológica, capaz de atender plenamente às suas necessidades clínicas. A disponibilidade desses leitos e seu adequado funcionamento é de suma importância para enfrentar os desafios impostos pela alta demanda por cuidados intensivos.

3.26.2. Nesse contexto, é válido destacar que a emergência decorrente da SRAG demanda um esforço tripartite e justifica a necessidade de alocação de recursos pelos entes federados para assegurar a capacidade de resposta dos serviços de saúde diante da crescente necessidade de assistência pediátrica em casos graves de SRAG.

3.26.3. O MS tem se empenhado em buscar alternativas para estruturar as unidades hospitalares e fornecer instrumentos aos gestores de saúde locais e regionais, a fim de atender às demandas da população brasileira. Com esse objetivo, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.556, de 19 de abril de 2024, que institui, de forma excepcional e temporária, um incentivo financeiro de custeio para o atendimento de crianças com SRAG na Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.26.4. Destaca-se que para solicitação do recurso, os gestores deverão cadastrar proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), acompanhada dos seguintes documentos:

1. Ofício do Gestor de Saúde;
2. Plano de Ação Estadual de Enfrentamento à SRAG Pediátrica, aprovado em CIB;
3. Decreto de declaração da situação de emergência em saúde pública do município, do Estado ou do Distrito Federal;
4. Declaração do Gestor sobre a existência de equipamentos e recursos humanos disponíveis para o funcionamento dos leitos a serem ampliados.

3.26.5. Maiores informações podem ser solicitadas via e-mail: cgah@saude.gov.br

3.27. **Atenção domiciliar**

3.27.1. A SRAG requer monitoramento em ambiente hospitalar ou de urgência. Contudo, pacientes com evolução favorável e estabilizados clinicamente podem ser elegíveis para alta qualificada com acompanhamento domiciliar.

3.27.2. Nesse cenário, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) desempenham um papel crucial, sendo acionados pelas equipes de Atenção Hospitalar e de Urgência para avaliar a condição clínica do paciente e facilitar a transferência do cuidado para o ambiente domiciliar, essencialmente se apresentarem o uso de ventilação mecânica invasiva

domiciliar e oxigenoterapia. As ações de Atenção Domiciliar podem abranger acompanhamento multiprofissional, medidas de reabilitação e administração de medicação parenteral, quando necessário.

3.27.3. Além disso, algumas medidas de controle no âmbito domiciliar, especialmente para crianças e idosos acamados ou frágeis, incluem:

- Prática de higiene das mãos com água e sabão ou álcool a 70%;
- Evitar exposição ao tabagismo passivo;
- Manter uma alimentação adequada para a idade em crianças;
- Realizar higiene nasal com solução salina;
- Administrar antitérmicos conforme necessário;
- Buscar reavaliação médica em caso de dúvidas ou presença de sinais de alerta;
- Orientar os cuidadores sobre os sinais e sintomas de alerta, promovendo assim uma atuação proativa na vigilância da saúde do paciente. Capacitar para procedimentos mais complexos como manter vias aéreas pérvias.

3.27.4. Essas medidas ressaltam a importância da atenção domiciliar na desospitalização de pacientes com SRAG, contribuindo para uma transição segura e eficaz do cuidado para o ambiente domiciliar, enquanto garantem a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde.

3.28. Comunicação e Educação em saúde

3.28.1. Promover campanhas de conscientização e educação em saúde sobre a prevenção e os cuidados relacionados à SG e SRAG, destacando a importância da vacinação contra a influenza, da higiene das mãos e do uso adequado de máscaras, especialmente em locais com aglomeração de pessoas.

3.28.2. Publicar materiais educativos, considerando as características específicas da população-alvo, como idade, nível de escolaridade e contexto socioeconômico.

3.28.3. Divulgar informações atualizadas sobre a situação epidemiológica, os sinais e sintomas das doenças respiratórias, e as medidas preventivas recomendadas, visando conscientizar a população e reduzir o impacto da transmissão.

3.28.4. Estabelecer meios de comunicação com os profissionais de saúde, a fim de disseminar informações sobre os horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, fluxos da rede de atenção à saúde local, atualizações, orientações, diretrizes e protocolos vigentes.

4. CONCLUSÃO

4.1. O Ministério da Saúde reforça a importância do fortalecimento da vigilância em saúde, visando uma resposta oportuna frente ao aumento das doenças respiratórias e da adoção de medidas de prevenção, controle e comunicação efetiva nas três esferas de gestão.

4.2. Destaca-se ainda a importância da preparação e resposta da RAS para o atendimento dos casos de doenças respiratórias em face do significativo aumento da demanda por atendimento de casos de SG e SRAG, provocados principalmente pelos vírus influenza, VSR e SARS-CoV-2. É fundamental intensificar os esforços de reorganização da RAS especialmente na assistência à saúde, tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada, levando em consideração os períodos de maior circulação dos vírus respiratórios.

5. REFERÊNCIAS

1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartaz com todas as precauções. Brasília, DF: Anvisa, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 30/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS, 2023. Link para acesso: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-30-2023-cgvidi-dpni-svsa-ms/view>

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Manejo e Tratamento de Influenza 2023. Brasília, DF: MS, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-etratamento-de-influenza-2023> . Acesso em: 30 abr. 2024.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA REGIÕES NORDESTE, CENTROOESTE, SUL E SUDESTE | 2024. disponível no link <https://www.gov.br/saude/ptbr/vacinacao/informes->

tecnicos/estrategia-de-vacinacao-influenza-2024.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco: Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / – Brasília, 2022. Acesso em: 03 mai. 2024. Disponível em: [Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com Covid-19, não Hospitalizados e de Alto Risco — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/guia-para-uso-do-antiviral-nirmatrelvir-ritonavir-em-pacientes-com-covid-19-nao-hospitalizados-e-de-alto-risco).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Guia de Vigilância da Influenza Aviária em Humanos. Brasília, DF. 2024. Acesso em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria>
7. [Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência](http://www.gov.br/brasil). Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para hospitais gerais e especializados. Ministério da Saúde; 2017. Brasília, DF.
8. PAHO/WHO. Recomendações para a Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID-19: Documento Técnico de Trabalho. 2020, mar. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção e comunicação dos riscos. WHO, [202-]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/Covid-19/Technical%20documents/PREVEN%C3%87%C3%83O%20E%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20DOS%20RISCOS%20.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2024.

Atenciosamente,

ETHEL MACIEL
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ADRIANO MASSUDA
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 09/05/2024, às 21:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Massuda, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 10/05/2024, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Proenço de Oliveira, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 12/05/2024, às 21:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0040491196** e o código CRC **79F81F94**.