



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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 87/2026-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS

1. ASSUNTO

Esta Nota Técnica apresenta informações sobre o cenário epidemiológico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) até a Semana Epidemiológica (SE) 13/2026, incluindo análise da circulação de Influenza, SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório (VSR) e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. O documento tem como objetivo orientar diretrizes para o diagnóstico precoce, a prevenção, o controle, o manejo clínico oportuno e o fortalecimento da capacidade de resposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2. RELATÓRIO

O cenário epidemiológico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no país, até a SE 13/2026, evidencia aumento de casos até a SE 11, com estabilização nas semanas recentes, em contexto de sazonalidade dos vírus respiratórios. Os registros já superam 2024 e 2025, com predominância de rinovírus e influenza, especialmente influenza A nas regiões Norte e Nordeste. O rinovírus apresentou queda após crescimento inicial, enquanto os vírus influenza e sincicial respiratório (VSR) mantêm tendência de aumento na maioria dos estados e no Distrito Federal. Os óbitos permanecem inferiores aos anos anteriores, possivelmente associados à menor circulação de SARS-CoV-2. O cenário reforça a necessidade de preparação das redes de vigilância, assistência e vacinação para o enfrentamento da temporada de vírus respiratórios de 2026.

A dinâmica observada reforça a importância do monitoramento contínuo e da análise integrada dos dados epidemiológicos e laboratoriais, diante da possibilidade de aumento da transmissão nas próximas semanas epidemiológicas. Ressalta-se que a ocorrência dentro do padrão sazonal esperado contribui para qualificar os modelos de previsão e fortalecer os ciclos de planejamento, preparação e resposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo deve priorizar a proteção dos grupos mais vulneráveis — especialmente crianças, idosos e pessoas com multimorbidades — e a manutenção da capacidade assistencial da rede de saúde.

O aumento de casos de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), associados à circulação de vírus respiratórios de importância em saúde pública, tem ampliado a demanda por atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diante desse cenário, torna-se necessária a reorganização dos serviços de saúde. Esse processo envolve tanto a Atenção Primária à Saúde (APS) quanto a Atenção Especializada à Saúde (AES), de modo a garantir a adequada organização da rede assistencial. É fundamental que a RAS esteja preparada para atuar de forma coordenada, assegurando acolhimento com classificação de risco, diagnóstico oportuno, manejo clínico adequado e, quando necessário, encaminhamento para níveis de maior complexidade assistencial, reduzindo impactos sobre a rede de saúde.

Com o objetivo de apoiar gestores estaduais e municipais e as equipes das unidades de saúde diante do aumento sazonal de agravos respiratórios, este documento apresenta diretrizes e orientações voltadas ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS.

As recomendações abrangem a organização da assistência, a vigilância epidemiológica e laboratorial, as medidas de prevenção e controle, o diagnóstico e o manejo oportuno dos casos, além da comunicação em saúde. Essas orientações buscam subsidiar a tomada de decisão nos diferentes níveis de gestão, conforme a situação epidemiológica vigente.

3. ANTECEDENTES

A circulação de vírus respiratórios de importância em saúde pública no Brasil apresenta padrões sazonais distintos, em razão das diferenças geográficas e climáticas do país. Ao longo do ano, observa-se a circulação de diferentes vírus respiratórios, como influenza A e B, vírus sincicial respiratório (VSR) e rinovírus. Esses vírus podem causar desde quadros leves de Síndrome Gripal (SG) até formas respiratórias graves, com risco de evolução para óbito. (BRASIL, 2024b).

A ocorrência de casos de influenza sazonal permanece como um importante problema de saúde pública, agravado pela possibilidade de surtos, epidemias e emergências em saúde pública de importância internacional, associadas ao surgimento de novos subtipos virais com potencial pandêmico. Considerando a elevada capacidade de disseminação do vírus, a imunidade temporária após infecção e sua capacidade de mutação, a população global permanece vulnerável a surtos causados pelo vírus influenza (BRASIL, 2024b).

Devido às características evolutivas do vírus influenza, torna-se necessário o monitoramento contínuo em âmbito global, por meio de ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico laboratorial, assistência e análises complementares dos vírus influenza. Esse monitoramento também orienta a oferta de antivirais e a atualização periódica das vacinas disponíveis. A vacinação permanece como a medida preventiva mais eficaz para prevenir a infecção e reduzir os efeitos graves associados ao vírus influenza, como hospitalizações e óbitos (BRASIL, 2024b).

No Brasil, o monitoramento dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública é realizado por meio de estratégias de vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância de casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os casos de SRAG são notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Em decorrência da pandemia de covid-19 iniciada em 2020, foi incorporada a vigilância universal de casos de SG associados à covid-19, cujos registros são realizados no sistema e-SUS Notifica (BRASIL, 2024b).

Assim como outros vírus respiratórios, o SARS-CoV-2 apresenta circulação constante ao longo do ano, ainda sem um padrão sazonal claramente definido. Sua dinâmica é influenciada por múltiplos fatores, como a mobilidade da população, o tipo de ambiente, as condições

climáticas, a elevada transmissibilidade e a constante mutação do vírus. Esses fatores interagem de forma complexa e podem provocar picos repentinos de casos e surtos em diferentes períodos do ano. De modo semelhante ao observado para o vírus influenza, a vacinação constitui uma estratégia eficaz para prevenir casos graves e óbitos, especialmente entre os grupos de maior risco (BRASIL, 2024b).

Diante do exposto nesta seção de antecedentes, observa-se a necessidade de atenção especial ao vírus influenza, uma vez que apresenta sazonalidade anual bem estabelecida, diferentemente de alguns outros vírus respiratórios. Nesse contexto, é fundamental que gestores de saúde atuem de forma proativa e adaptável, ajustando as estratégias de prevenção, controle, preparação dos serviços assistenciais e comunicação às especificidades de cada momento epidemiológico.

4. ANÁLISE

Situação Epidemiológica – Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Até a Semana Epidemiológica (SE) 13/2026, correspondente ao período de 4 de janeiro a 04 de abril de 2026, foram registrados 30.871 casos de SRAG e 1.315 óbitos, segundo dados do SIVEP-Gripe. No período entre as SE 10 e 13, foram registrados 3.734 casos de SRAG com identificação viral, dos quais 37% foram associados ao rinovírus, 27% à influenza e 18% ao vírus sincicial respiratório (VSR). Entre os casos associados à influenza, 18,7% corresponderam à influenza A (não subtipado), 5,7% à influenza A (H3N2), 1,7% à influenza B e 1% à influenza A (H1N1)pdm09.

No mesmo período (SE 10 a 13), 97 casos com identificação viral evoluíram para óbito. Desses, 43% foram associados à influenza, sendo 28% influenza A (não subtipado), 9% influenza A (H3N2), 5% influenza B e 1% influenza A (H1N1)pdm09; 23% ao rinovírus e 18% ao SARS-CoV-2.

A análise comparativa com os anos anteriores evidencia que, até a Semana Epidemiológica (SE) 11/2026, os casos de SRAG em 2026 (27.774) já superam os registrados nos anos anteriores: 2025 (26.478) e 2024 (26.222); com registros inferiores ao ano de 2023 (35.098). Em contrapartida, os óbitos acumulados até esse momento são menores em 2026 (1.272) quando comparados aos três anos anteriores: 2025 (2.114), 2024 (2.497) e 2023 (2.674).

Ressalta-se que alguns anos podem apresentar maior ou menor intensidade na circulação dos vírus respiratórios e, conseqüentemente, variações no número de registros de casos e óbitos.

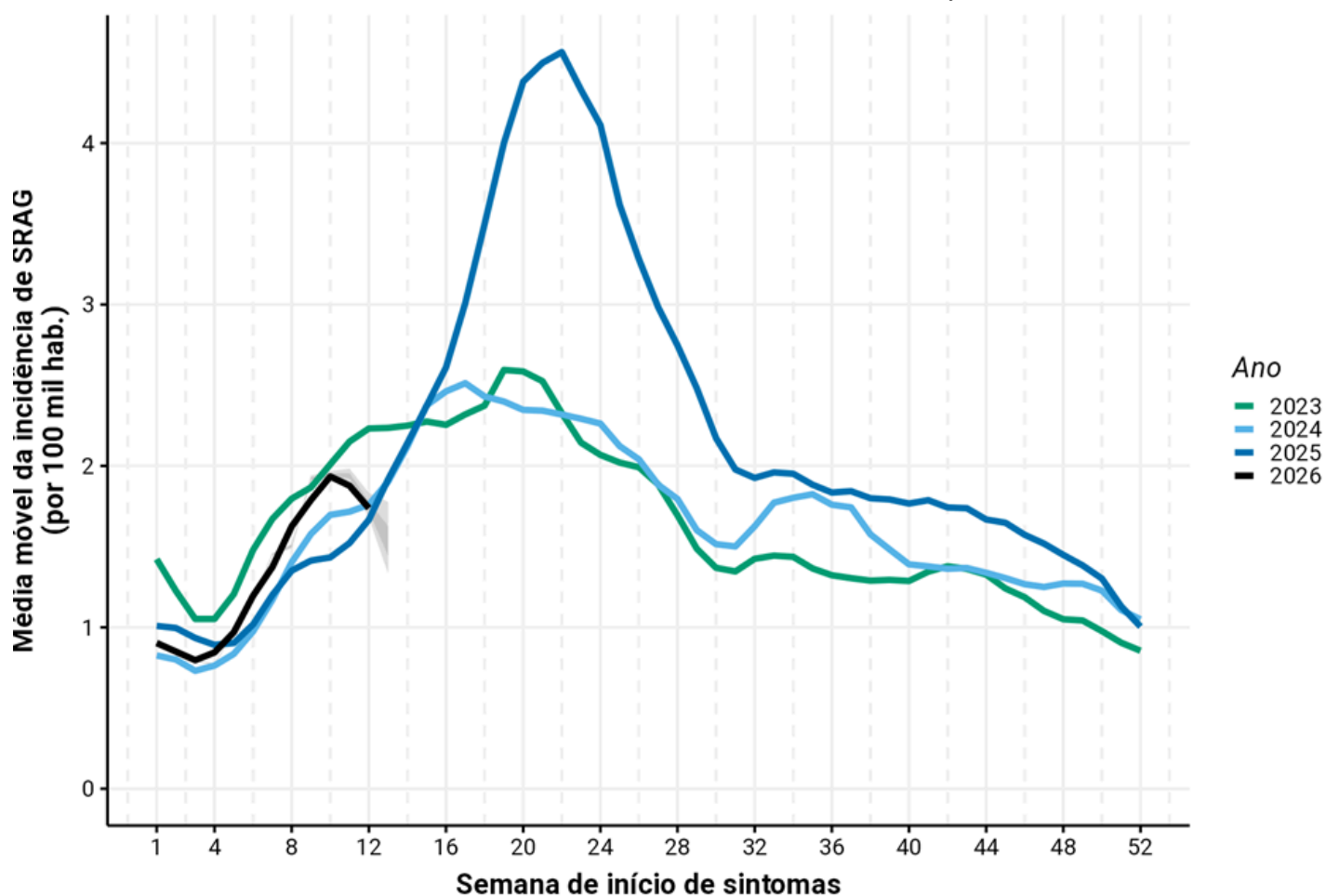
A curva de casos para o ano atual apresentou crescimento evidente até a SE 11, porém começou a estabilizar e apresentar tendência de queda na semana atual, tanto no casos de Srag (Fig. 1) quanto nos óbitos (Fig. 2). No entanto, as análises dos casos de Srag por vírus indicam que essa queda está associada fundamentalmente aos casos positivos para rinovírus. Para os casos associados aos vírus influenza e VSR, a tendência ainda é de aumento ou estabilização (Fig. 3). Em relação ao vírus influenza, os dados por Unidade da Federação (UFs) indicam que ainda há aumento claro na maioria delas. A estabilidade no agregado nacional se deve à reversão nos estados que tiveram início antecipado, conforme divulgado no Informe SE 13 de 2026 (BRASIL, 2024c).

Como as primeiras semanas de 2026 não apresentaram um ciclo de aumento da circulação da Covid-19 em relação aos anos anteriores (Fig. 3), os óbitos permanecem abaixo do observado em 2023, 2024 e 2025 (Fig. 2), pois este é o principal vírus que impulsiona o crescimento de óbitos por SRAG.

No mesmo período, os casos de influenza A seguem acima do observado nos anos anteriores (Fig. 3), sendo esse aumento impulsionado principalmente pela Região Norte e Nordeste do país (Fig. 4), porém com início de sinal de estabilização nesta semana epidemiológica para ambas as regiões Norte e Nordeste.

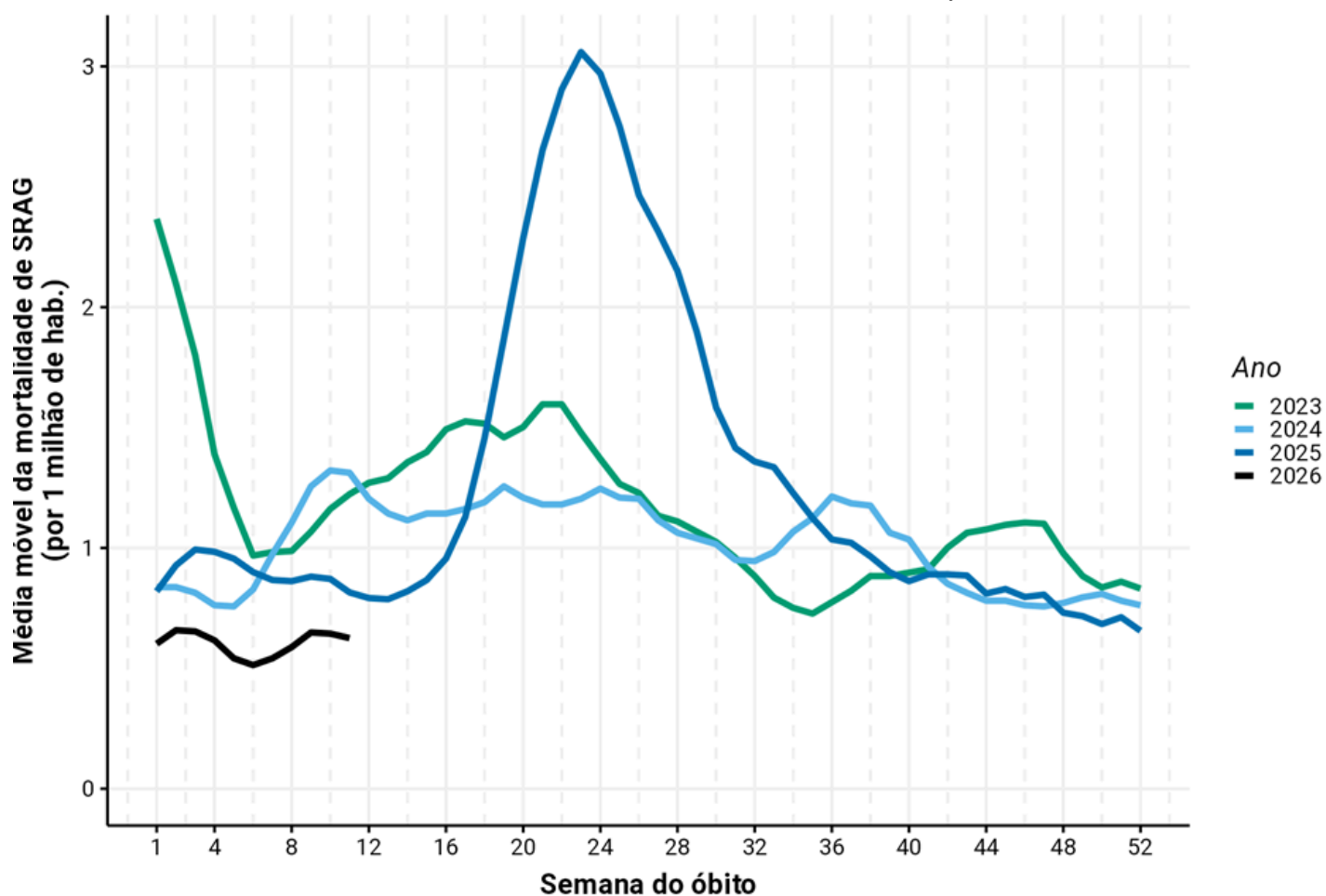
Os casos de rinovírus também permaneciam em patamares superiores quando comparados aos demais anos e com crescimento acelerado até a SE 12, porém apresentou uma reversão evidente dos casos na semana atual, com diminuição dos casos graves. Este cenário aponta um padrão atípico para este vírus neste ano quando comparado aos anos anteriores, que normalmente apresenta crescimento gradual e sustentado. Além disso, o crescimento na circulação de todos os vírus respiratórios observado nas semanas recentes está começando a apresentar um sinal de estabilização ou reversão, com exceção ao VSR, na análise de *nowcasting* na semana epidemiológica atual (Fig. 3).

Figura 1. Incidência de SRAG. Comparação da incidência de SRAG notificada em 2023, 2024 e 2025 com as estimativas de *nowcasting* para 2026 (até a SE 13), no Brasil.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

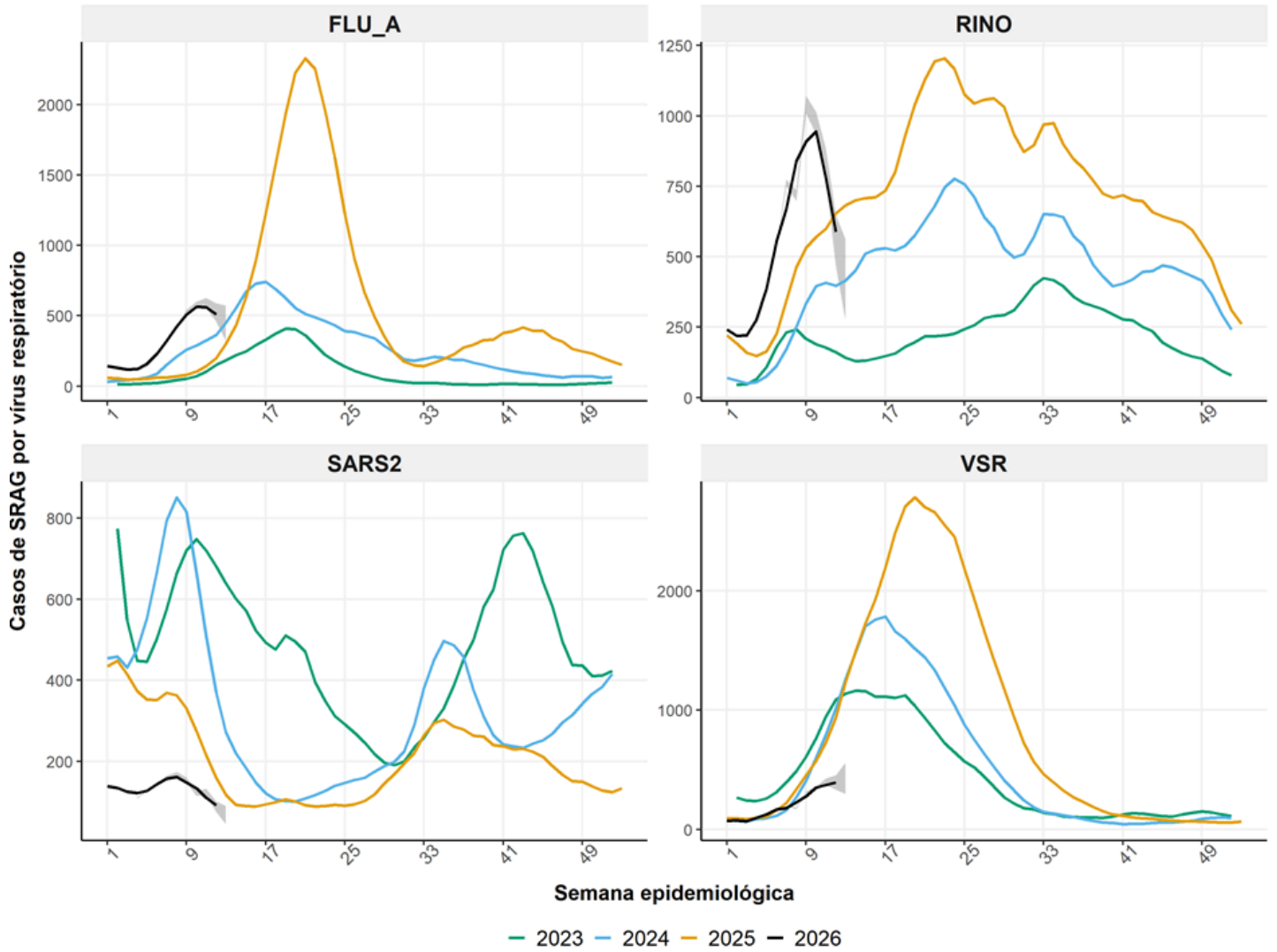
Figura 2 – Óbitos por SRAG. Comparação da mortalidade por SRAG registrada em 2023, 2024, 2025 e 2026 (até a SE 13) no Brasil.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

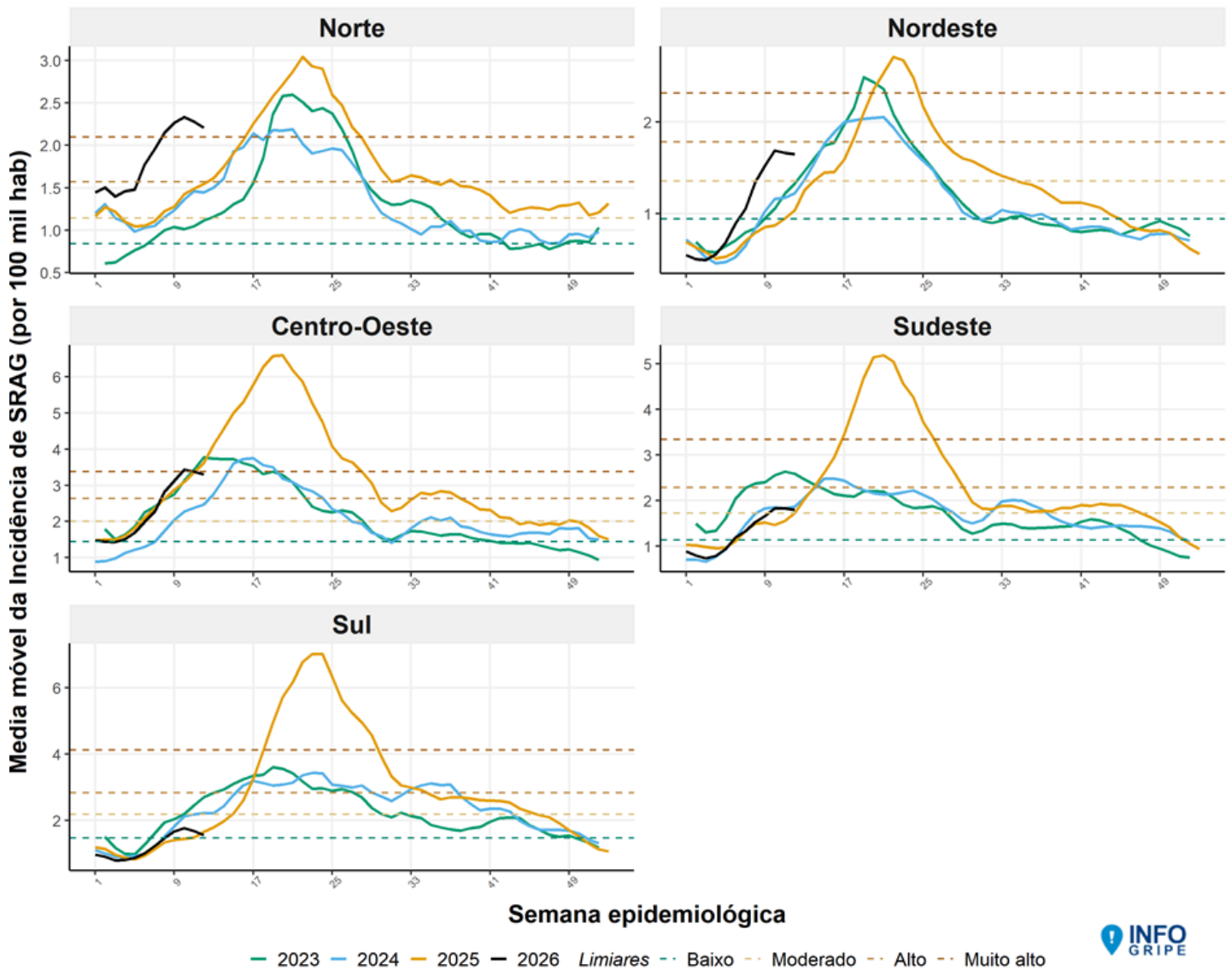
Figura 3. Casos estimados de SRAG por vírus respiratório em 2023, 2024, 2025 e 2026 (até a SE 13).

BR - Casos estimados e notificados de SRAG até a Semana 13 de 2026



Fonte: InfoGripe.

Figura 4 – Incidência de SRAG. Comparação da incidência de SRAG registrada em 2023, 2024 e 2025 com as estimativas de nowcasting para 2026 (até a SE 13), no Brasil.



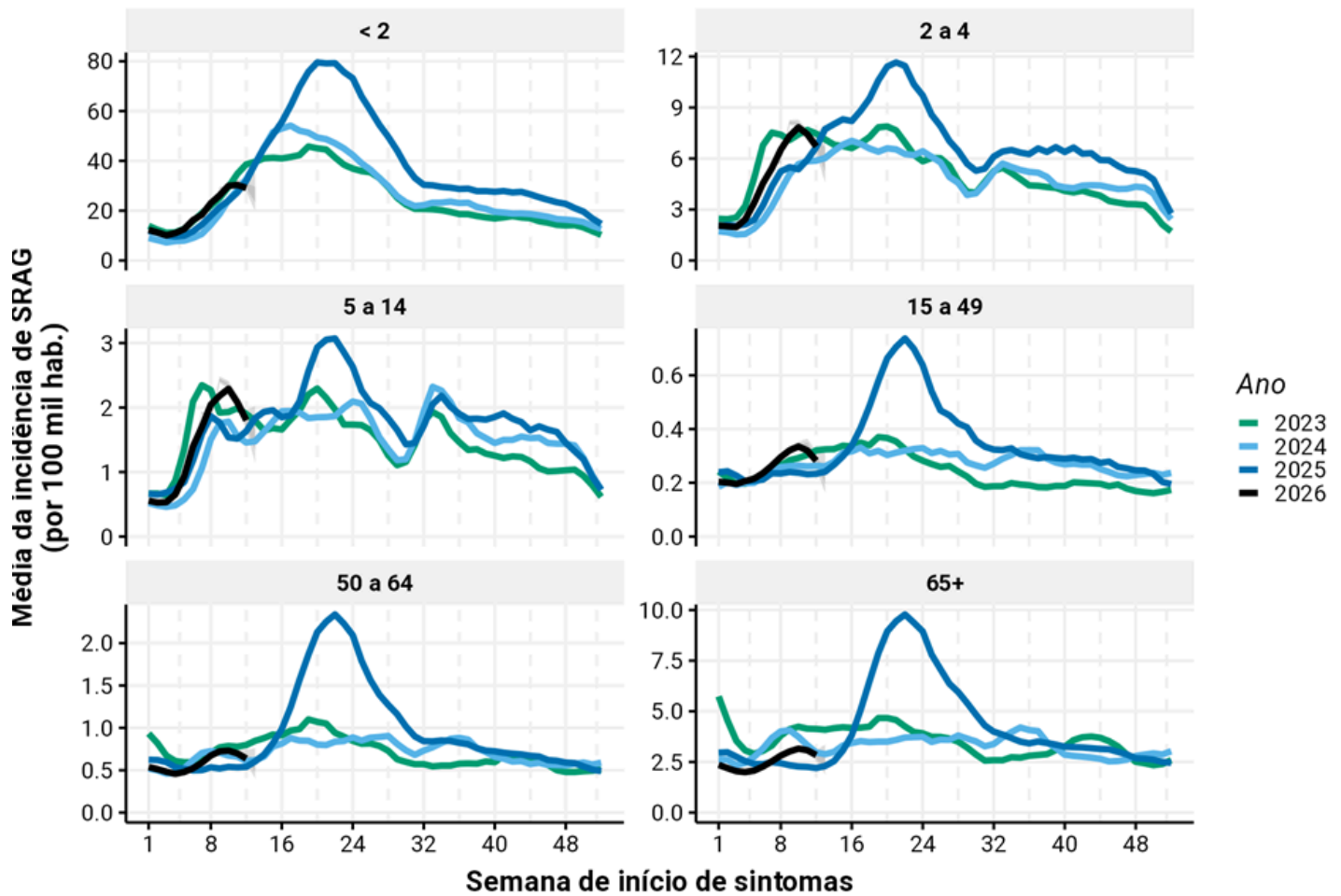
Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Em âmbito regional, embora apenas a Região Norte apresente atividade de SRAG acima do patamar muito alto (impulsionada pelo aumento de influenza A na virada do ano), observa-se tendência crescente de aumento nos casos de SRAG em todas as regiões, porém com início de estabilização para todas as regiões, com as regiões Centro-Oeste e Nordeste se estando próximas ao patamar Muito alto, compatível com o início esperado da sazonalidade (Fig. 4).

Nas últimas semanas epidemiológicas, observou-se, em nível nacional, sinal de crescimento dos casos de SRAG em todas as faixas etárias até a SE 11, com aumento mais intenso entre 2 e 14 anos de idade (Fig. 5). Entretanto, na semana epidemiológica atual os casos já apresentam sinal de estabilização ou reversão em todas as faixas etárias. A incidência e a mortalidade médias semanais mantêm o padrão de maior impacto nos extremos etários, com maior incidência entre crianças pequenas e maior mortalidade concentrada em idosos.

Os dados referentes aos resultados laboratoriais por faixa etária mostram que o aumento de SRAG em crianças e adolescentes tem sido impulsionado principalmente pelo rinovírus, enquanto, nas crianças de até dois anos, o vírus sincicial respiratório (VSR) também tem contribuído para esse cenário. Já na população de jovens, adultos e idosos, a influenza A tem sido a principal responsável pelo aumento de SRAG. A covid-19 também tem contribuído para o aumento de SRAG entre os idosos, embora apresente baixa incidência em todos os estados. Entre os demais vírus com circulação relevante, o impacto nos casos de SRAG concentra-se principalmente em crianças pequenas, associado sobretudo ao rinovírus, metapneumovírus e vírus sincicial respiratório (VSR), com detecção elevada de metapneumovírus no Distrito Federal e em Goiás (Fig. 5).

Figura 5 – Incidência de SRAG por faixa etária. Comparação da incidência de SRAG registrada em 2023, 2024 e 2025 com as estimativas de nowcasting para 2026 (até a SE 13), no Brasil.



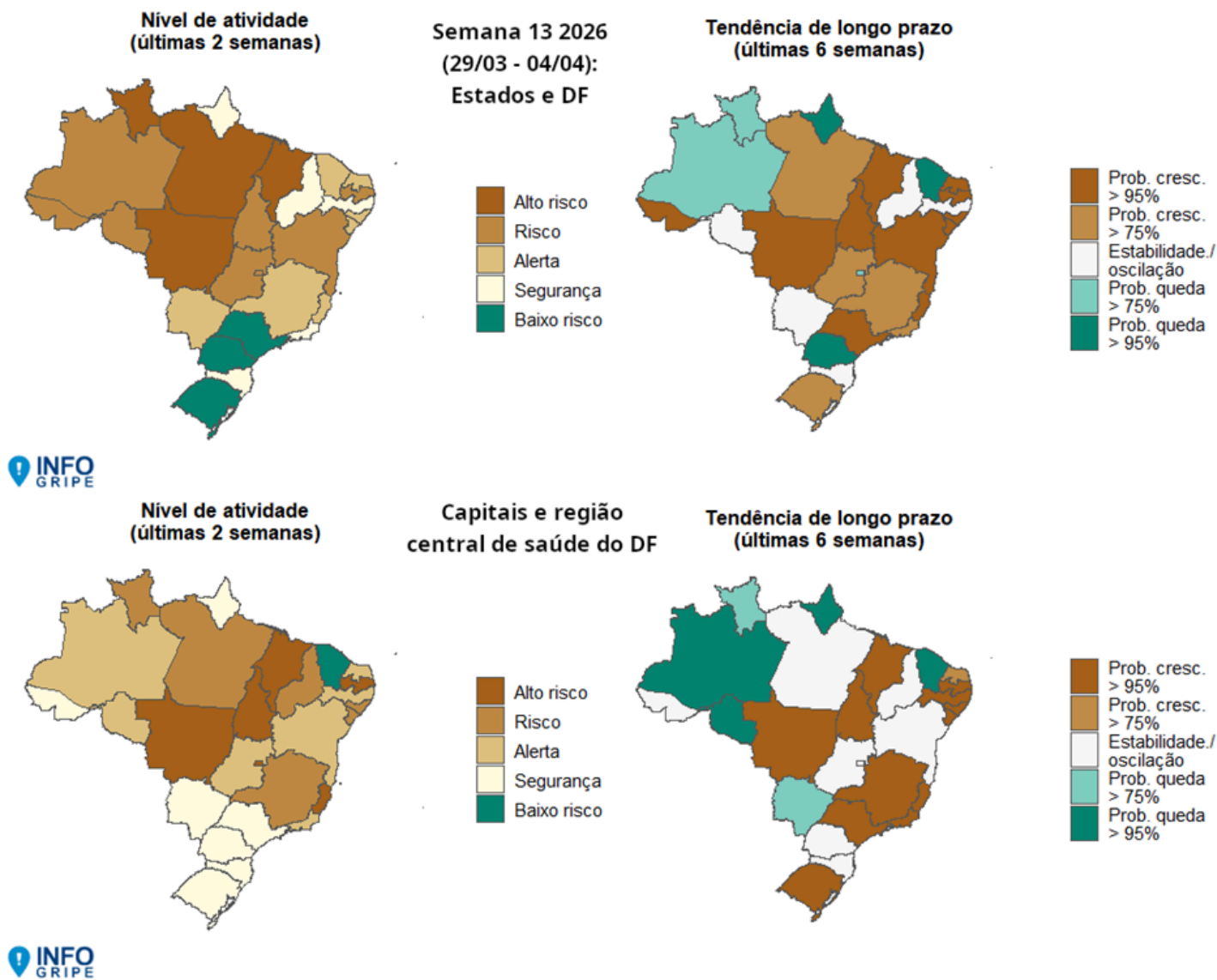
Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Na Semana Epidemiológica (SE) 13/2026, os casos de SRAG apresentam sinal de estabilização ou oscilação em diversas Unidades Federativas (UFs). Dentre essas, treze apresentam nível de atividade de SRAG em alerta ou superior nas últimas duas semanas, com sinal de crescimento na tendência a longo prazo: Acre (AC), Pará (PA), Tocantins (TO), Maranhão (MA), Rio Grande do Norte (RN), Paraíba (PB), Alagoas (AL), Sergipe (SE), Bahia (BA), Mato Grosso (MT), Goiás (GO), Minas Gerais (MG) e Espírito Santo (ES) (Fig. 6), conforme divulgado no Informe SE 13 de 2026 (BRASIL, 2024c).

Os casos de SRAG por rinovírus seguem em patamares elevados no país, afetando principalmente crianças menores de quatro anos de idade na maioria dos estados do Brasil, porém com sinal de interrupção desse crescimento ou queda na maior parte do país. Em alguns estados das regiões Centro-Oeste (MT, DF e GO), Nordeste (PB, RN, PE, AL, SE e BA) e Sudeste (SP, MG, RJ e ES) também há início ou manutenção do aumento dos casos de SRAG em crianças de até dois anos de idade, associado ao vírus sincicial respiratório (VSR), porém em queda em alguns estados da região Norte (AC, AM e RR). Em relação ao impacto da influenza A na Região Norte, com aumento associado à influenza A (H3N2) na virada de 2025 para 2026, observa-se manutenção de patamares de incidência em níveis de atenção (alerta, alto ou muito alto) na maioria das faixas etárias (Fig. 6). Porém, estes casos de SRAG associados à Influenza A já mostram sinal de interrupção do crescimento ou queda em muitos estados do Nordeste (MA, CE, PI, RN, BA e PE), Norte (AP, PA e RO) além do RJ. Porém continuam aumentando em boa parte da região Centro-Sul (MT e GO, MS, SP, MG, ES, PR, RS e SC), e em alguns estados do Nordeste (PB, AL e SE). (BRASIL, 2024c).

Os casos de SRAG por covid-19 têm crescido de forma lenta na PB, RJ e SP, porém ainda sem impacto na incidência de SRAG nesses estados. Dessa forma, os níveis de SRAG por covid-19 permaneçam baixos em todo o país e nos dados de SG por covid-19 apontam sinal de queda nos casos em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2024c).

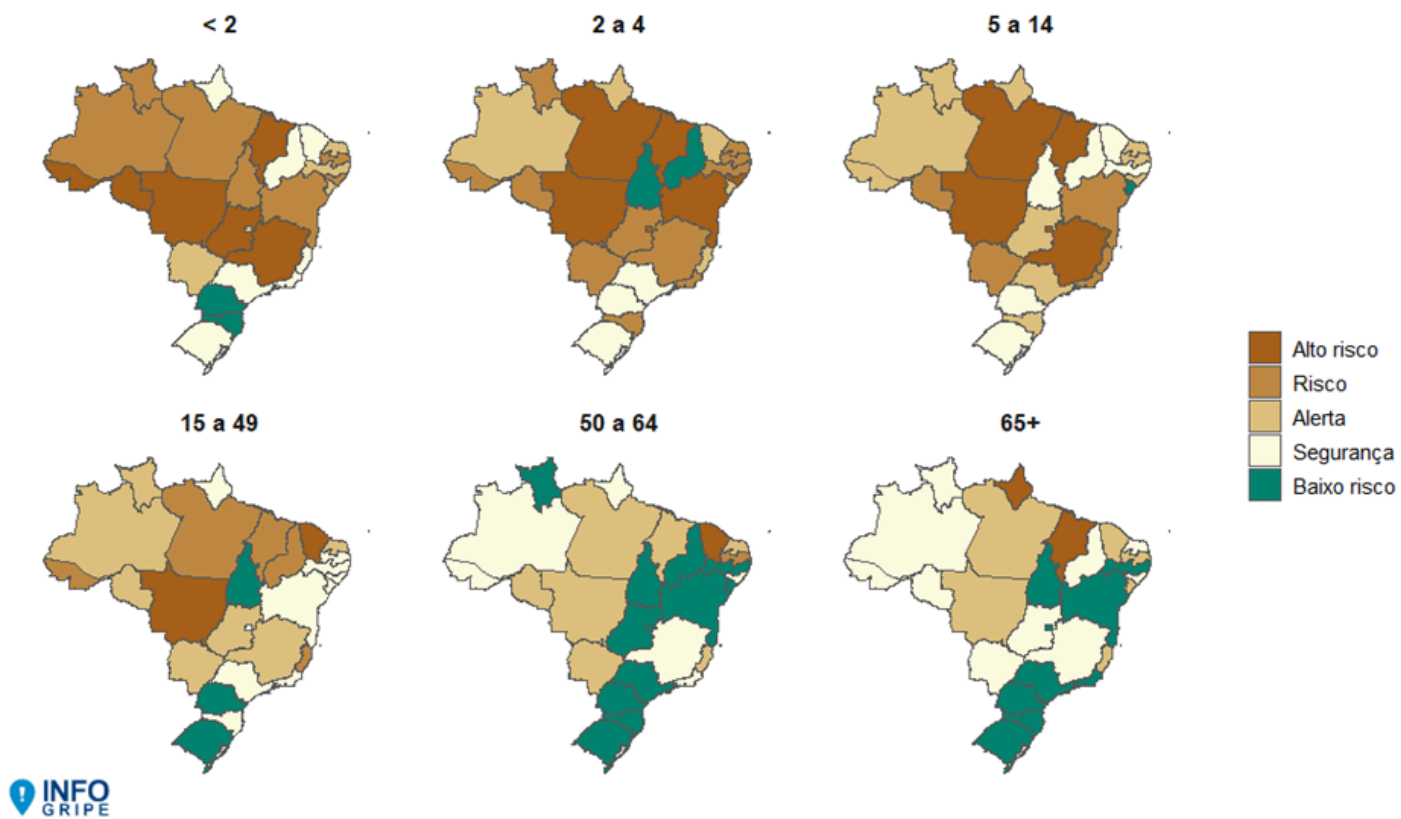
Figura 6 – Níveis de atividade e tendência atual dos casos de SRAG no país. O painel superior apresenta os níveis de atividade (à esquerda) e a tendência atual (à direita) para os casos notificados em cada Unidade Federativa (UF) do país. No painel inferior, a mesma informação é apresentada com base nos registros associados aos residentes das capitais.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Figura 7 – Níveis de atividade dos casos de SRAG no país, por faixa etária.

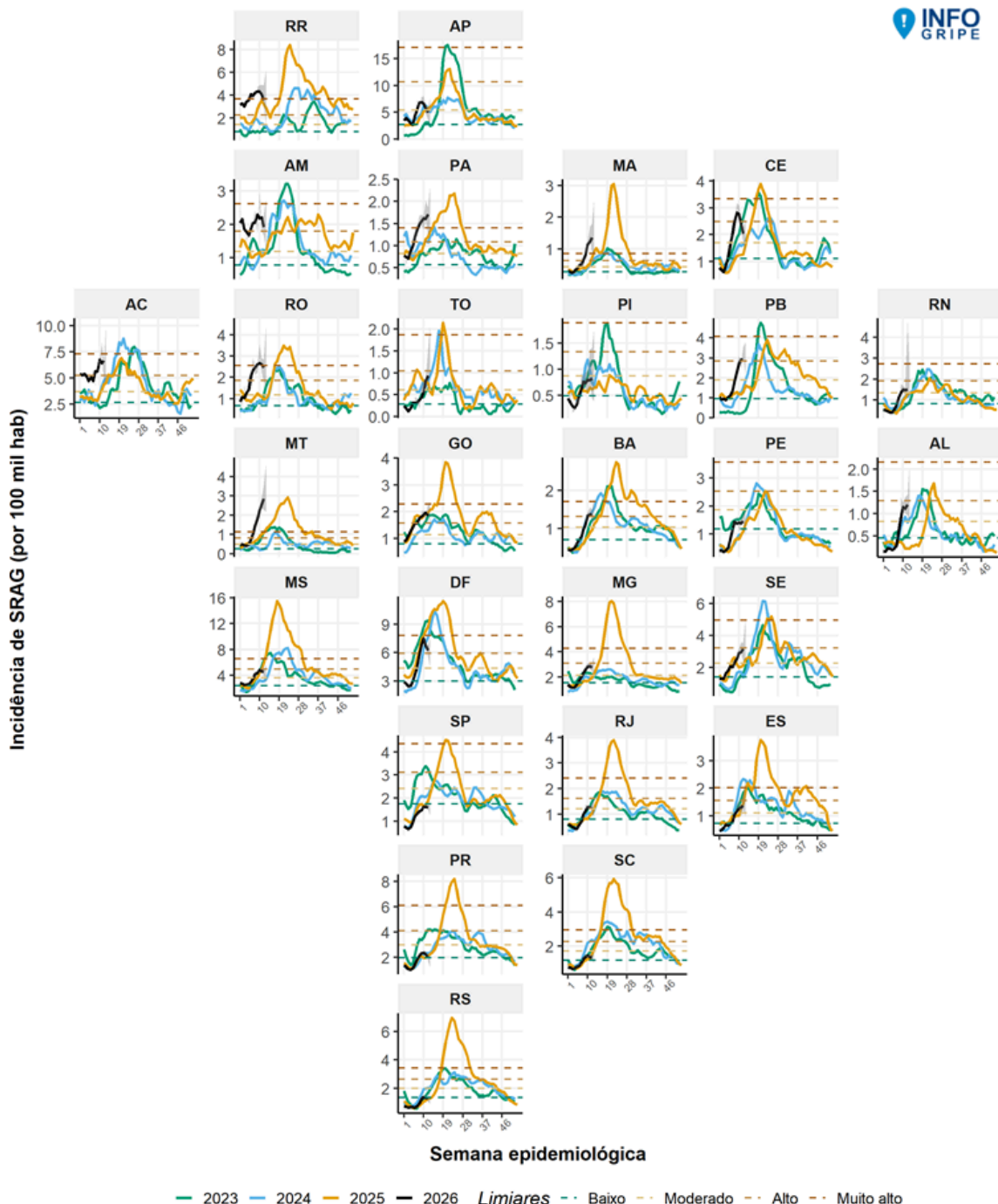
Nível de atividade (SE 13 2026)



INFO
GRIPE

Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

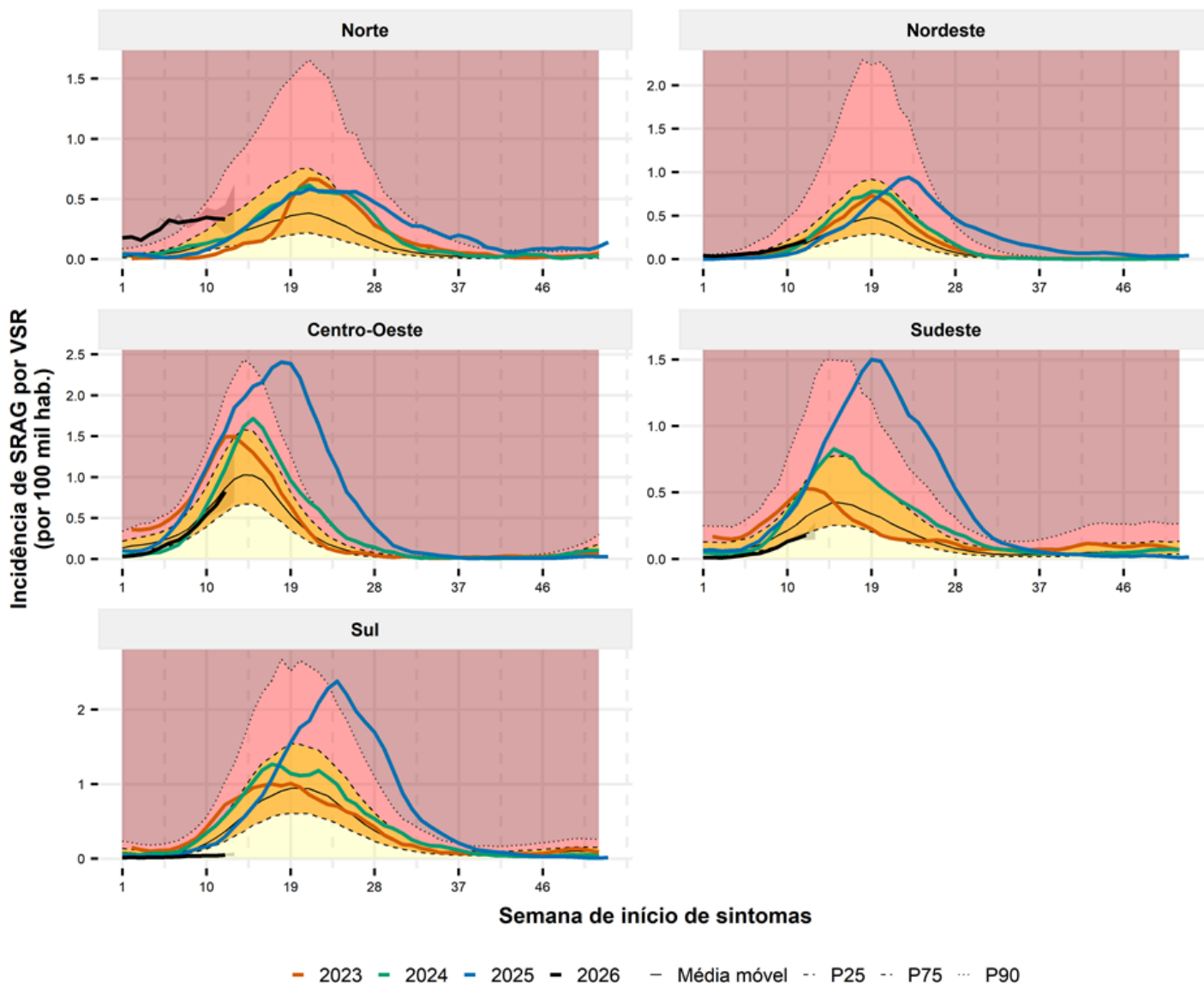
Figura 8 – Taxa de incidência de SRAG por Unidade Federativa (UF). Comparação da incidência de SRAG registrada em 2023, 2024 e 2025 com as estimativas de nowcasting para 2026 (até a SE 13) em cada UF do país.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Figura 9 – Padrão sazonal e casos de SRAG por vírus sincicial respiratório (VSR) nas regiões do país. Comparação entre os casos de SRAG por VSR registrados em 2023, 2024, 2025 e 2026 e o padrão sazonal estimado com base nas notificações ocorridas em 2019 e no período de 2022 a 2024.

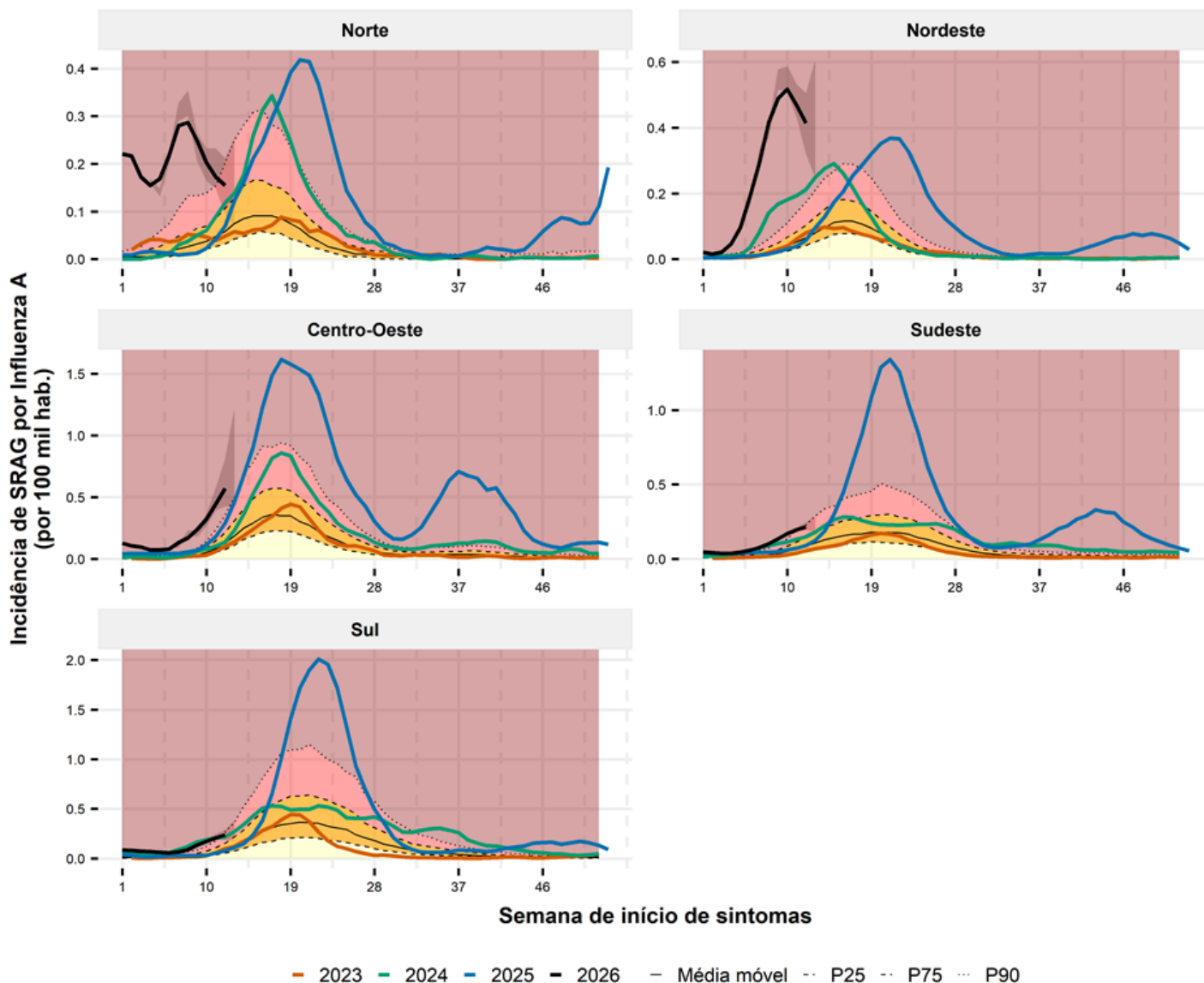
Anos de referência: 2019, 2022-2024. Dados digitados até a SE 13.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Figura 10 – Padrão sazonal e casos de SRAG por influenza A nas regiões do país. Comparação entre os casos de SRAG por influenza A registrados em 2023, 2024, 2025 e 2026 e o padrão sazonal estimado com base nas notificações ocorridas no período de 2014 a 2019 e 2023 a 2024.

Anos de referência: 2016-2019 e 2023-2024. Dados digitados até a SE 13.



Fonte: InfoGripe e SIVEP-Gripe.

Os níveis de SRAG por vírus sincicial respiratório (VSR) nas regiões do país são semelhantes aos observados nos anos anteriores, com exceção da Região Norte, que apresenta patamares ligeiramente superiores, impulsionados principalmente por casos em crianças de até dois anos de idade nos estados de Rondônia, Amazonas, Acre e Pará, bem como na Região Centro-Oeste, sobretudo em crianças menores de dois anos nos estados de Goiás e Mato Grosso.

Em relação aos níveis de SRAG por influenza A, os patamares permanecem elevados na Região Norte e Nordeste, porém com sinal de estabilização ou queda na semana epidemiológica atual para ambas as regiões. Essa reversão ocorre principalmente pela interrupção do crescimento de casos nos seguintes estados: Amapá, Pará e Rondônia, na região Norte, e no Maranhão, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Bahia e Pernambuco, na região Nordeste (Fig 10).

Nas demais regiões, os casos de Influenza A seguem aumentando, principalmente na região Centro-Oeste, com crescimento mais acentuado nos estados do Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul, e tem se observado crescimento lento e sustentado no Sudeste, com exceção do estado do Rio de Janeiro.

Vigilância Laboratorial

A Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), responsável pela detecção de vírus respiratórios no país, é formada por 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e por três laboratórios de referência, credenciados como Centros Nacionais de Influenza (NIC, na sigla em inglês) pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os insumos estratégicos para identificação de vírus respiratórios por biologia molecular, utilizando a metodologia de transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR), são adquiridos pela Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVSA/MS) e distribuídos para a RNLSP. Atualmente, estão sendo distribuídos kits de RT-PCR multiplex, capazes de detectar simultaneamente SARS-CoV-2, influenza A, influenza B, rinovírus, adenovírus, metapneumovírus e vírus sincicial respiratório (VSR), bem como kits de RT-PCR triplex, que detectam SARS-CoV-2, influenza A e influenza B.

Esses kits são utilizados na pesquisa de vírus respiratórios em amostras coletadas de pacientes com Síndrome Gripal (SG) em unidades sentinelas e em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). No ano de 2025, foram distribuídas aproximadamente 950.000 reações para os laboratórios da RNLSP.

Também são distribuídos aos laboratórios da rede oligonucleotídeos (primers e sondas) para a pesquisa por RT-PCR *in house* de outros vírus respiratórios, como bocavírus, parainfluenza, enterovírus e demais coronavírus sazonais, além de insumos para subtipagem de influenza A (H1 e H3). Para os NIC, também são distribuídos insumos destinados à subtipagem de influenza aviária em humanos. Para essas análises, foram distribuídas aproximadamente 200.000 reações aos laboratórios da RNLSP.

A Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) está capacitada e realiza o sequenciamento do SARS-CoV-2. O sequenciamento de influenza e do vírus sincicial respiratório (VSR) é realizado pelos três Centros Nacionais de Influenza (NIC), por meio do envio de amostras pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), conforme orientações estabelecidas em Notas Técnicas e de acordo com a sazonalidade regional.

A distribuição dos insumos é realizada conforme a demanda dos laboratórios e em consonância com o monitoramento periódico das solicitações e da realização de exames por meio do Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

Manejo Clínico

O manejo clínico oportuno e adequado dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é fundamental para reduzir o risco de evolução para formas graves. Essa conduta contribui para evitar complicações, hospitalizações prolongadas, incapacidades e óbitos, especialmente entre pessoas com condições clínicas preexistentes ou outros fatores de risco (BRASIL, 2023a).

Nos casos de SG, recomenda-se manejo sintomático e de suporte, com ênfase na manutenção de hidratação adequada, repouso e controle dos sintomas, incluindo o uso de antitérmicos para febre e analgésicos para alívio da dor, quando necessário. Deve-se evitar o uso indiscriminado de antibióticos, uma vez que a maioria dos casos apresenta etiologia viral. A orientação ao paciente e a seus cuidadores quanto aos sinais de alerta para agravamento constitui componente essencial do manejo. Deve ser reforçada a necessidade de reavaliação imediata em caso de dispnéia, desconforto respiratório, piora do estado geral, persistência ou recrudescência da febre ou sinais de hipoxemia (BRASIL, 2023a).

Nos casos de SRAG, são imprescindíveis a avaliação clínica imediata e a instituição de medidas de suporte adequadas, incluindo monitoramento contínuo, suporte ventilatório conforme a gravidade e manejo de possíveis complicações. A classificação de risco deve ser realizada de forma sistemática, considerando idade, presença de comorbidades e outras condições clínicas associadas (BRASIL, 2025a).

Ressalta-se que o tratamento antiviral específico está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) para influenza e covid-19, devendo ser instituído precocemente, conforme os protocolos vigentes, especialmente em pacientes com condições ou fatores de risco para evolução para formas graves da doença.

Para covid-19, o antiviral nirmatrelvir/ritonavir está indicado para o tratamento de casos leves a moderados confirmados laboratorialmente em pessoas com maior risco de evolução para formas graves, como indivíduos com 65 anos ou mais ou imunocomprometidos, preferencialmente nos primeiros cinco dias após o início dos sintomas.

O medicamento é dispensado mediante prescrição em duas vias, conforme orientações do Ministério da Saúde (MS), disponíveis em: [Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco: Sistema Único de Saúde \(BRASIL, 2022a\)](#).

Para os casos suspeitos de infecção pelo vírus influenza, o MS disponibiliza o antiviral fosfato de oseltamivir para tratamento de pacientes elegíveis, devendo seu uso ser iniciado preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas.

Atualmente, recomenda-se a utilização do oseltamivir para todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e para casos de Síndrome Gripal (SG) associados a condições ou fatores de risco para complicações por influenza, conforme orientações do [Guia de Manejo e Tratamento de Influenza](#) (BRASIL, 2023a).

Adicionalmente, recomenda-se a articulação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centrais de Regulação de Urgências, Centrais de Regulação de Leitos, serviços de pronto atendimento e hospitais de referência, de modo que as equipes atuem de forma integrada no manejo assistencial dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Essa articulação deve assegurar avaliação clínica adequada e início oportuno do tratamento quando indicado, independentemente da confirmação laboratorial.

O MS disponibilizou recentemente o [Guia de orientações para profissionais de saúde: classificação de risco, fluxogramas e orientações para o manejo clínico oportuno dos casos de Síndrome Gripal \(SG\) e Síndrome Respiratória Aguda Grave \(Srag\)](#). O material reúne recomendações atualizadas para o cuidado e manejo clínico desses casos, incluindo classificação de risco, fluxogramas assistenciais e orientações práticas para identificação precoce de sinais de agravamento e adoção de condutas oportunas (BRASIL, 2025a).

Medidas de Prevenção e Controle

Com base nas notificações e na análise epidemiológica realizada, recomenda-se que os gestores da rede de vigilância epidemiológica de covid-19, influenza e outros vírus respiratórios nas Unidades Federativas (UF) e nos municípios organizem os fluxos para identificação, coleta de amostras e notificação dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de forma ágil.

Reitera-se a importância da notificação oportuna dos casos de SG provenientes das unidades sentinelas e dos casos hospitalizados de SRAG no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), uma vez que os dados notificados possibilitam o monitoramento contínuo da situação epidemiológica. A subnotificação ou o atraso no registro de casos nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (MS) dificultam a compreensão da situação epidemiológica e podem interferir na tomada de decisões oportunas por parte dos gestores.

Informa-se que o monitoramento epidemiológico das Síndromes Gripais (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é realizado semanalmente pela Coordenação Geral de Vigilância da covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios (CGCOVID), no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS), em articulação com o Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT), a

Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) e o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), conforme suas respectivas competências.

As análises epidemiológicas são divulgadas regularmente por meio dos Informes da Vigilância das Síndromes Gripais, que consolidam dados sobre circulação viral, tendência de casos e indicadores de gravidade, constituindo importante instrumento de apoio à gestão e à tomada de decisão em saúde pública (BRASIL, 2024c).

Para reduzir a transmissibilidade de vírus respiratórios, além da vacinação, o MS reforça a importância da adoção de medidas não farmacológicas de prevenção e controle, que devem ser utilizadas de forma integrada. Entre essas medidas destacam-se: isolamento de casos suspeitos e confirmados; distanciamento físico; uso de máscaras; adoção de etiqueta respiratória; higienização das mãos com álcool 70% ou água e sabão; ventilação adequada; e limpeza e desinfecção de ambientes.

Pessoas com Síndrome Gripal (SG) devem evitar contato direto com outras pessoas, especialmente aquelas com maior risco de agravamento por influenza, vírus sincicial respiratório (VSR) ou covid-19, além de evitar aglomerações e ambientes coletivos. Demais informações podem ser consultadas em: [Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública](#) (BRASIL, 2024b).

Além disso, recomenda-se às unidades de saúde a reorganização dos fluxos assistenciais, com o objetivo de qualificar o acolhimento e reduzir o risco de propagação de vírus respiratórios no ambiente hospitalar.

Essa reorganização inclui a separação de áreas destinadas ao atendimento de pacientes com Síndrome Gripal (SG) das demais internações, medida fundamental para a proteção de pacientes vulneráveis e para o controle da transmissão intra-hospitalar.

Imunizações: estratégia de vacinação contra a influenza

Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste – 2026

As estratégias de imunização constituem um dos principais componentes das ações de prevenção e controle das infecções respiratórias no país. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve estratégias específicas de vacinação e profilaxia voltadas à prevenção de formas graves de influenza, covid-19 e infecções associadas ao vírus sincicial respiratório (VSR), especialmente entre os grupos mais vulneráveis.

Considerando o cenário epidemiológico apresentado anteriormente e a aproximação do período de maior circulação de vírus respiratórios, o MS realizará a Estratégia de Vacinação contra a influenza nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste em 2026. O Dia D de mobilização nacional ocorreu em 28 de março de 2026, marcando o início da vacinação dos grupos prioritários, com término previsto para 30 de maio de 2026.

Os grupos prioritários definidos para vacinação incluem: crianças de 6 meses a menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias); gestantes; puérperas; povos indígenas; quilombolas; trabalhadores da saúde; pessoas com 60 anos ou mais; professores das escolas públicas e privadas; pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais; pessoas com deficiência permanente; profissionais das forças de segurança e salvamento; das forças armadas; caminhoneiros; trabalhadores do transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso; trabalhadores portuários; trabalhadores dos correios; funcionários do sistema prisional; adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas; e população privada de liberdade.

A meta é vacinar, no mínimo, 90% de cada um dos grupos prioritários da vacinação de rotina contra a influenza, a saber: crianças, gestantes e pessoas com 60 anos ou mais. Para os demais grupos contemplados na estratégia especial de vacinação, serão disponibilizados os dados de doses administradas durante a campanha, considerando a indisponibilidade de denominadores populacionais para esses grupos.

Reforça-se que, embora pessoas de todas as idades sejam suscetíveis ao vírus influenza, alguns grupos apresentam maior risco de desenvolver complicações e óbitos em decorrência da doença. Informações adicionais estão disponíveis no informe “Estratégia de Vacinação contra a Influenza nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste – 2026”, que será amplamente divulgado pelo Ministério da Saúde.

Na Região Norte, a campanha de vacinação contra a influenza em 2026 terá início a partir de janeiro, em conformidade com a sazonalidade da doença nessa região. A vacinação dos grupos prioritários ocorrerá no período de janeiro a março, considerando as especificidades epidemiológicas e climáticas do território.

Vacinação contra covid-19

Além da vacinação contra a influenza, o Programa Nacional de Imunizações mantém estratégias específicas de vacinação contra a covid-19, considerando a permanência da circulação do SARS-CoV-2 e a necessidade de proteção dos grupos com maior risco de evolução para formas graves da doença. Nesse contexto, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO) foi elaborado em agosto de 2020 e publicado em dezembro do mesmo ano, fundamentado em discussões técnicas no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis e nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O PNO estabeleceu diretrizes para o planejamento e a operacionalização da vacinação contra a covid-19 nas Unidades da Federação e nos municípios, com a utilização de vacinas autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O êxito da campanha decorreu da atuação articulada das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), associada à adesão da população.

Diante da evolução do contexto epidemiológico, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) encerrou as edições do PNO em fevereiro de 2023, substituindo-o pelo Informe Técnico-Operacional, que passou a consolidar as diretrizes vigentes para a vacinação contra a covid-19, incluindo a disponibilização da vacina Comirnaty® (Pfizer/Wyeth) bivalente, atualizada para variantes do SARS-CoV-2 (BRASIL, 2022b; 2023c; 2024a).

Mesmo após o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) manteve ações contínuas de monitoramento da efetividade dos imunizantes, da adequação dos esquemas vacinais, da circulação de variantes do SARS-CoV-2 e da vigilância dos Eventos Supostamente

Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI). Desde o início da campanha de vacinação em 2021, observa-se redução expressiva das internações e dos óbitos associados à covid-19.

Em 2024, a vacina contra a covid-19 foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação Infantil e, em 2025, a estratégia foi ampliada com a inclusão do imunizante na rotina do calendário para gestantes e idosos, além da manutenção da recomendação para grupos especiais. Nesse contexto, o PNI estabeleceu como meta alcançar coberturas vacinais elevadas e homogêneas, definindo o percentual de 90% para crianças, idosos e gestantes, com vistas à redução de formas graves e óbitos por covid-19 no Brasil.

Para idosos, gestantes e demais grupos especiais, incluindo pessoas em condições de maior vulnerabilidade clínica ou epidemiológica, a estratégia de vacinação contra a covid-19 prevê a administração de doses periódicas, com recomendação anual ou semestral, conforme avaliação de risco, independentemente do número de doses previamente recebidas. A medida busca assegurar proteção contínua diante da maior probabilidade de evolução para formas graves da doença.

Para crianças menores de cinco anos, os esquemas vacinais são definidos conforme o imunizante utilizado no início do esquema, contemplando esquemas primários completos de duas ou três doses. Crianças com comorbidades ou imunocomprometidas possuem recomendações específicas, incluindo a possibilidade de doses periódicas adicionais.

Prevenção contra o vírus sincicial respiratório (VSR)

Vacinação da gestante:

No contexto das ações de prevenção de infecções respiratórias graves em crianças pequenas, o Ministério da Saúde (MS) incorporou novas estratégias voltadas à proteção contra o vírus sincicial respiratório (VSR), importante causa de hospitalizações por síndrome respiratória aguda grave em lactentes. Nesse sentido, com o objetivo de ampliar a proteção de crianças menores de seis meses de idade, o MS disponibilizou, a partir da segunda quinzena de novembro de 2025, a vacina contra o VSR A e B (recombinante) no Calendário Nacional de Vacinação da Gestante.

A medida foi instituída por meio da Portaria da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics/MS) nº 14, de 24 de fevereiro de 2025, que tornou pública a decisão de incorporar, no âmbito do SUS, a vacina VSR A e B (recombinante) para gestantes a partir de 28 semanas de idade gestacional, com o objetivo de prevenir doença do trato respiratório inferior causada pelo VSR em recém-nascidos, conforme a [Estratégia de vacinação contra o vírus sincicial respiratório em gestantes](#) (BRASIL, 2026a).

O Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) tem monitorado rotineiramente o número de doses aplicadas em gestantes desde a introdução do referido imunobiológico. Dados parciais da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), até 15 de fevereiro de 2026, mostram que foram administradas 484.101 doses do referido imunobiológico. Até o momento foram distribuídas 1.173.460 doses.

Anticorpo Monoclonal (Nirsevimabe):

De forma complementar à estratégia de vacinação de gestantes contra o vírus sincicial respiratório (VSR), o Ministério da Saúde (MS) incorporou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o anticorpo monoclonal nirsevimabe, ampliando o conjunto de medidas de prevenção disponíveis para redução da morbimortalidade associada ao VSR em crianças. A incorporação do nirsevimabe foi recomendada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), por meio da Portaria Sectics nº 15, de 28 de fevereiro de 2025, passando a integrar a estratégia nacional do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Trata-se de imunização passiva, administrada em dose única, indicada para bebês prematuros (≤ 36 semanas e 6 dias de idade gestacional) e para crianças com comorbidades com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias), elegíveis conforme critérios estabelecidos pelo MS, com o objetivo de conferir proteção direta durante o período de maior circulação do vírus (BRASIL, 2026b).

Após a incorporação, o MS passou a disponibilizar o anticorpo monoclonal nirsevimabe a partir de fevereiro de 2026. A estratégia contempla a administração ao longo de todo o ano para crianças prematuras elegíveis e, durante o período de sazonalidade do VSR (fevereiro a agosto), para crianças com comorbidades, podendo se estender até a segunda sazonalidade, conforme critérios estabelecidos pelo Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI).

A aplicação deve ser realizada prioritariamente na Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (CRIE), preferencialmente ainda na maternidade, de modo a oportunizar proteção no período de maior vulnerabilidade. O registro da administração é obrigatório nos sistemas de informação integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e deve ser realizado conforme as orientações vigentes do Registro de Imunobiológico Administrado (RIA). Informações adicionais podem ser consultadas no documento: [Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal](#).

As estratégias de vacinação e imunização descritas integram o conjunto de ações voltadas à redução da morbimortalidade associada às infecções respiratórias no país. A ampliação da cobertura vacinal e a implementação de novas tecnologias de prevenção contribuem para a redução de hospitalizações e óbitos associados à influenza, à covid-19 e ao vírus sincicial respiratório, especialmente entre crianças pequenas, idosos, gestantes e pessoas com condições de maior vulnerabilidade clínica.

Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no contexto da sazonalidade de vírus respiratórios

O enfrentamento do aumento sazonal de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) requer atuação coordenada de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse processo, as gestões municipal e estadual desempenham papel central na organização da resposta assistencial e na articulação entre vigilância em saúde, atenção primária, serviços de urgência e emergência, atenção especializada e atenção hospitalar.

Nesse contexto, cabe aos gestores planejar e implementar estratégias que ampliem a capacidade de resposta do sistema de saúde, assegurando acesso oportuno aos serviços, adequada classificação de risco, manejo clínico apropriado e continuidade do cuidado dos usuários ao longo da rede.

Entre as principais ações de gestão para a organização da resposta da RAS frente ao aumento de casos de SG e SRAG, destacam-se:

- elaboração ou atualização dos Planos de Contingência para Síndromes Respiratórias, com definição de cenários epidemiológicos e de estratégias de resposta progressiva;
- monitoramento contínuo do cenário epidemiológico e da capacidade assistencial instalada na rede de atenção, incluindo a demanda por atendimentos, a ocupação de leitos clínicos e de UTI e a disponibilidade de suporte ventilatório;
- monitoramento de indicadores assistenciais, com registro sistemático das informações e realização de análises periódicas para subsidiar a avaliação, o acompanhamento e o planejamento das ações. Devem ser coletados e analisados, no mínimo, dados referentes ao número total de atendimentos, com distribuição por faixa etária, classificação de risco, presença de fatores de risco e situações de vulnerabilidade. Deve-se também acompanhar a proporção de encaminhamentos, transferências e internações — incluindo internações em leitos de UTI, quando aplicável —, além do tempo médio de permanência hospitalar;
- fortalecimento da articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde, garantindo a detecção precoce de aumento de casos, a comunicação de risco e a tomada oportuna de decisões;
- reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em articulação com a Central de Regulação das Urgências (CRU) e a Central de Regulação de Leitos (CRL), de modo a garantir acesso oportuno e qualificado dos usuários, assegurando a adequada regulação das remoções entre unidades e o encaminhamento dos pacientes conforme a gravidade clínica e a disponibilidade de recursos assistenciais na rede;
- fortalecimento dos mecanismos de regulação assistencial, incluindo o funcionamento adequado das centrais de regulação de urgência e de leitos;
- organização e pactuação de fluxos assistenciais entre os diferentes pontos da rede, com definição de unidades de referência e contrarreferência;
- manutenção da comunicação e articulação permanente entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente com a Atenção Primária à Saúde, Atenção Domiciliar (SAD/PMeC), Cuidados Paliativos e Vigilância em Saúde, assegurando o planejamento das ações assistenciais, o manejo adequado dos casos e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, com especial atenção aos pacientes com SRAG, doenças crônicas ou em situação de vulnerabilidade;
- garantia da realização do acolhimento com classificação de risco em todos os pontos de atenção que funcionem como portas de entrada da rede, assegurando a identificação precoce de sinais de gravidade e a priorização do atendimento aos casos graves, com encaminhamento oportuno aos serviços de maior complexidade, conforme os fluxos assistenciais previamente estabelecidos na RAS;
- organização do acesso e dos fluxos internos nas unidades, com adoção de medidas preventivas, como higiene das mãos, ventilação adequada dos ambientes, distanciamento físico e isolamento, sempre que possível, de usuários com sintomas respiratórios. Recomenda-se fornecer máscara aos pacientes sintomáticos, definir áreas físicas específicas (áreas de espera, alas de observação e salas de emergência) para atendimento exclusivo de pacientes com SG e SRAG, reforçando as medidas de controle de infecções, além de garantir fluxos separados e sinalização adequada nos serviços;
- garantia da disponibilidade de insumos estratégicos, medicamentos, equipamentos e exames diagnósticos necessários ao manejo clínico adequado dos casos;
- qualificação das equipes de saúde, por meio de ações de educação permanente e disseminação de protocolos clínicos e fluxos assistenciais atualizados;
- promoção de ações educativas para prevenção de síndromes respiratórias, com comunicação sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória e medidas de distanciamento para pessoas sintomáticas em todos os pontos de atenção à saúde, visando à conscientização da população e à redução da transmissão viral;
- recomendação e incentivo à vacinação, com garantia da imunização dos profissionais da assistência e recomendação da vacinação aos pacientes pertencentes aos grupos prioritários atendidos por outras queixas ou condições clínicas (sem síndrome gripal), conforme avaliação clínica e após a alta ou resolução do quadro que motivou o atendimento;
- organização da comunicação entre os serviços da rede e com a população, garantindo orientação adequada quanto ao acesso aos serviços e às medidas de prevenção.

A adequada organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial para evitar a sobrecarga dos serviços de urgência e hospitalares, garantir a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) e assegurar o atendimento oportuno aos casos graves. Durante o período de maior circulação de vírus respiratórios e de aumento da demanda por atendimentos relacionados à Síndrome Gripal (SG) e à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), é fundamental o estabelecimento e a implementação de protocolos e fluxos para o manejo dos casos, de forma ordenada e articulada com os demais pontos da RAS, especialmente com a Rede de Urgências e Emergências (RUE).

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 deve considerar a previsão e a disponibilidade de insumos, medicamentos e equipamentos, a ampliação da oferta de apoio diagnóstico, quando necessário, o estabelecimento de fluxos assistenciais e de unidades de referência e contrarreferência, além do funcionamento adequado da Central de Regulação de Leitos.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui, preferencialmente, o primeiro ponto de contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), oferecendo atendimento abrangente, acessível e orientado às necessidades da comunidade. Um sistema de saúde baseado na APS

organiza suas estruturas e funções a partir dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, considerando o contexto e o ambiente cotidiano em que vivem indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse sentido, reforça-se o papel estratégico da APS na oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, voltadas a indivíduos, famílias e à população em geral. A APS exerce função central na coordenação do cuidado e na ordenação das ações e serviços da RAS, contribuindo para a organização da resposta do sistema de saúde frente ao aumento de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Nesse contexto, constituem ações estruturantes da APS no enfrentamento da SG e da SRAG:

- Manter cadastros e notificações dos usuários atualizados, fortalecendo o vínculo com as equipes de saúde e possibilitando a realização de vigilância em saúde ativa e o planejamento territorial das ações;
- Organizar o acesso e os fluxos assistenciais, com definição clara de protocolos e articulação com os demais pontos da RAS, públicos ou privados, garantindo triagem qualificada, classificação de risco e encaminhamento oportuno dos usuários, com integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede de Urgência e Emergência e a Atenção Especializada à Saúde (AES);
- Garantir o acesso qualificado aos usuários sintomáticos, com avaliação clínica oportuna e condutas adequadas conforme a gravidade. As equipes devem estar preparadas para identificar sinais de alerta, realizar a classificação de risco e orientar o manejo adequado, evitando agravamentos e a sobrecarga de outros níveis de atenção;
- Qualificar as equipes da APS para o diagnóstico, manejo e seguimento clínico de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). As ações formativas devem contemplar diagnóstico diferencial, critérios de gravidade, uso racional de recursos e fluxos de encaminhamento, com base em protocolos atualizados e evidências científicas;
- Assegurar a estabilização inicial do paciente e o encaminhamento ágil e criterioso dos casos graves para unidades de referência da Atenção Especializada à Saúde (AES), conforme os fluxos previamente estabelecidos. Nesse aspecto, a atuação coordenada com a Central de Regulação e o conhecimento dos critérios de referência são essenciais para garantir maior resolutividade e oportunidade do cuidado;
- Monitorar os casos leves de SG e realizar o seguimento dos pacientes após alta hospitalar por SRAG. A APS deve acompanhar esses usuários, promovendo a continuidade do cuidado e prevenindo complicações pós-alta, garantindo suporte adequado para a recuperação dos pacientes;
- Intensificar as ações de vacinação para grupos prioritários e profissionais de saúde, com busca ativa de não vacinados. É necessário ampliar a cobertura vacinal dos grupos prioritários, como crianças, idosos, gestantes e pessoas com comorbidades, além de garantir a vacinação dos profissionais de saúde como medida de proteção individual e coletiva;
- Desenvolver ações de educação em saúde voltadas à prevenção de síndromes respiratórias. Devem ser promovidas ações educativas sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória, medidas para evitar aglomerações e isolamento de pessoas sintomáticas quando indicado, bem como sobre o reconhecimento oportuno de sinais de alerta, visando à orientação da população e à redução da transmissão viral;
- Utilizar ferramentas de telemonitoramento e fortalecer as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas ferramentas devem ser empregadas para o acompanhamento remoto de casos, complementando a atenção presencial. As visitas domiciliares também devem ser reforçadas, com os ACS atuando no monitoramento contínuo dos usuários e no cuidado longitudinal ofertado pela equipe de saúde;
- Colaborar com a elaboração dos planos de contingência e com a reorganização dos serviços para SG e SRAG, em parceria com a Atenção Especializada à Saúde (AES) e a Vigilância em Saúde, conforme as necessidades do território.

Atenção Especializada à Saúde

No contexto da sazonalidade de vírus respiratórios, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar e a atenção domiciliar desempenham papel central no manejo clínico dos casos de maior gravidade, na estabilização dos pacientes, na oferta de suporte diagnóstico e terapêutico e na garantia da continuidade do cuidado após a fase aguda da doença. Esses serviços devem organizar seus processos assistenciais para assegurar atendimento oportuno, uso adequado dos recursos hospitalares, gestão eficiente de leitos e estratégias de alta qualificada e desospitalização, especialmente para pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que necessitam de acompanhamento clínico após a internação.

Nesse sentido, recomenda-se que os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar e a atenção domiciliar adotem as seguintes medidas para organização da assistência e qualificação da resposta da rede frente ao aumento sazonal de SG e SRAG:

- Implementação de protocolos assistenciais. Implementar protocolos de atendimento e de manejo clínico baseados em evidências científicas, visando garantir a qualidade da assistência prestada e a obtenção de desfechos clínicos favoráveis.
- Orientar os usuários quanto às unidades de referência em urgência e emergência para atendimento inicial — Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, portas hospitalares e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) — de acordo com a gravidade dos sintomas, reiterando a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento de casos leves. As equipes devem estar preparadas para identificar sinais de alerta, realizar a classificação de risco conforme protocolos vigentes e garantir atendimento oportuno de acordo com a gravidade clínica.
- Gestão do cuidado com equipe multiprofissional. Promover a discussão dos casos em equipe multiprofissional com o objetivo de qualificar a tomada de decisão clínica e otimizar as condutas de forma integrada, priorizando a qualidade da atenção e a segurança do

paciente. Estabelecer critérios claros e objetivos para a internação de pacientes em unidades sem terapia intensiva (UTI), visando garantir assistência adequada e a otimização dos recursos disponíveis.

- Planejamento da alta hospitalar. Promover altas precoces quando clinicamente indicadas, com monitoramento nos hospitais e conclusão de terapias de menor complexidade em domicílio; estabelecer equipes de conexão com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para apoiar processos de desospitalização.
- Regulação interna e gestão dos leitos. Implementar sistema eficiente de gestão de leitos que permita o monitoramento em tempo real da disponibilidade e a alocação adequada de pacientes, incluindo a garantia de que todos os leitos estejam operacionais e em condições de uso. Identificar áreas de ociosidade e desenvolver estratégias para ampliar a capacidade assistencial conforme necessário, incluindo a possibilidade de conversão de leitos para níveis mais elevados de complexidade, de acordo com o risco clínico e a dependência de cuidados de enfermagem. Na atenção hospitalar, a organização do Núcleo Interno de Regulação (NIR) é fundamental para qualificar a gestão hospitalar em períodos de alta demanda assistencial.

Para otimizar o funcionamento do serviço, recomenda-se atribuir ao NIR as seguintes responsabilidades mínimas:

- a) monitorar a disponibilidade de leitos em todas as unidades do serviço de saúde, incluindo a manutenção de dados atualizados sobre leitos disponíveis, ocupação atual e previsão de disponibilidade futura;
- b) apoiar as equipes na definição de critérios para internação e para a instituição da alta hospitalar responsável;
- e) relatar diariamente o número de pacientes aguardando hospitalização, direcionando-os para o serviço adequado conforme a complexidade do caso;
- c) 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;
- d) coordenar, junto à APS ou ao SAD/PMec, a saída dos pacientes em recuperação para assistência domiciliar, quando indicado. Para viabilizar a saída para o domicílio, recomenda-se que o NIR oriente o fluxo de acionamento do SAD/PMec, com definição de critérios de elegibilidade e priorização, canal de comunicação para discussão de casos e para transição do cuidado, incluindo orientações sobre sinais de alerta, plano de cuidados e contrarreferência para APS;
- e) fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que realizem o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.

Encaminhamento dos casos graves para os serviços de referência da Atenção Especializada à Saúde (AES), conforme fluxos previamente estabelecidos. Realizar as solicitações de encaminhamento dos casos graves em tempo oportuno, conforme critérios de referência definidos. Monitorar as solicitações e atualizar os dados da avaliação clínica dos pacientes sempre que necessário, com atuação coordenada da Central de Regulação.

Na atenção hospitalar, o NIR, em conformidade com os protocolos estabelecidos, poderá gerenciar e definir o encaminhamento de pacientes, coordenando também a transferência em conjunto com o complexo regulador regional. As atividades de regulação envolvem a articulação entre o NIR e os diferentes 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.

Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa (PMec)

Embora os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) exijam, em sua fase aguda, monitoramento intensivo em ambiente hospitalar ou de urgência, pacientes que apresentam evolução clínica favorável e estabilidade podem ser elegíveis para alta qualificada, com continuidade do cuidado em domicílio. Nesse contexto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) dispõe dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito da atenção especializada, por meio do Programa Melhor em Casa (PMec).

A atuação das equipes multiprofissionais do PMec permite o acompanhamento clínico e funcional de pacientes com quadros respiratórios agudos atendidos em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), podendo substituir, quando indicado, a internação hospitalar, por meio de monitoramento domiciliar, oxigenoterapia, vigilância de sinais de agravamento e ações de educação em saúde.

Para pacientes com sequelas funcionais decorrentes de internações hospitalares prolongadas por SRAG, o cuidado domiciliar oferece reabilitação, suporte psicossocial, adaptação do ambiente e integração com a RAS, garantindo a continuidade do cuidado, a prevenção de reinternações e a recuperação da autonomia.

Dessa forma, equipes da atenção hospitalar e dos serviços de urgência podem acionar o PMec para avaliação das condições clínicas e funcionais do paciente, viabilizando a transição segura do cuidado para o domicílio — especialmente nos casos que requerem suporte como ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, bem como oxigenoterapia.

As ações da atenção domiciliar especializada incluem acompanhamento multiprofissional, reabilitação respiratória e funcional, administração de medicações parenterais e cuidados paliativos, quando indicados.

Ações recomendadas no âmbito do SAD/PMec no contexto de aumento sazonal de SG/SRAG:

- a) organizar fluxos de admissão e priorização para pacientes pós-SRAG elegíveis para alta qualificada, incluindo aqueles com necessidade de continuidade terapêutica no domicílio, risco de reinternação e situações de vulnerabilidade;
- b) instituir monitoramento clínico e funcional no domicílio, com plano de cuidado individualizado, orientação estruturada sobre sinais de alerta e definição de critérios para reavaliação em serviços de urgência;

- c) apoiar o manejo seguro de ventilação mecânica domiciliar, oxigenoterapia e demais suportes indicados, com capacitação do cuidador e verificação das condições do domicílio;
- d) ofertar reabilitação respiratória e funcional no domicílio, visando prevenir o declínio funcional e favorecer a recuperação pós-internação;
- e) assegurar articulação com a APS e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com contrarreferência e compartilhamento do plano de cuidados, promovendo continuidade e segurança assistencial;
- f) integrar cuidados paliativos quando indicados, com foco no controle de sintomas, no suporte familiar e na redução de internações evitáveis.

Adicionalmente, no ambiente domiciliar, especialmente no cuidado de crianças e idosos acamados ou em situação de fragilidade, são recomendadas medidas de controle como: higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool a 70%; monitoramento de parâmetros clínicos, como oximetria de pulso, pressão arterial, frequência cardíaca e nível de consciência; prevenção da exposição ao tabagismo passivo; manutenção de alimentação adequada e saudável para a faixa etária (no caso de crianças); higiene nasal com solução salina; uso de antitérmicos quando necessário; busca por reavaliação médica diante de dúvidas ou sinais de alerta; e orientação aos cuidadores quanto à identificação precoce desses sinais.

Também é fundamental capacitar os cuidadores para a realização de procedimentos mais complexos, como a manutenção de vias aéreas pérvias.

Recomenda-se pactuar, no âmbito local, fluxos de acionamento do SAD/PMec a partir de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, com definição de critérios de elegibilidade e priorização, comunicação estruturada para a transição do cuidado e contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a ampliar a capacidade de desospitalização, reduzir reinternações e otimizar o uso da capacidade instalada da rede.

Tais medidas reforçam o papel da atenção domiciliar não apenas na fase pós-aguda e na desospitalização, mas também como estratégia de suporte em situações nas quais a internação pode ser evitada, garantindo continuidade, qualidade e segurança do cuidado em saúde.

O cenário epidemiológico da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios no país requer atenção das equipes e gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Nesse sentido, é necessária a intensificação das ações de vigilância, prevenção e assistência direcionadas às populações indígenas assistidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), com especial atenção aos grupos de maior risco para evolução desfavorável, como idosos, crianças menores de cinco anos — especialmente lactentes —, gestantes e pessoas com comorbidades.

As ações devem estar de acordo com as diretrizes estabelecidas no Guia de Vigilância Integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública (BRASIL, 2024b), priorizando a vigilância ativa para detecção precoce de casos e surtos, a análise sistemática de dados segundo pessoa, tempo e espaço, o fortalecimento das estratégias de imunização e a adoção de medidas não farmacológicas de prevenção e controle.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Saúde Indígena, continuará prestando suporte técnico aos DSEI, apoiando o fornecimento de insumos estratégicos, acompanhando os indicadores epidemiológicos e participando das instâncias de monitoramento de eventos, com vistas à mitigação dos impactos dessas infecções respiratórias e ao fortalecimento da resposta às emergências em saúde pública nos territórios indígenas assistidos pelo SasiSUS.

O acesso ao painel de covid-19 no SasiSUS, com dados atualizados mensalmente a partir das informações notificadas pelos 34 DSEI na Plataforma de Emergências em Saúde Indígena, encontra-se disponível no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/paineis/covid-19-saude-indigena>.

São orientações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), às equipes técnicas da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e às unidades do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) lotadas nos DSEI:

Seguir os fluxos estabelecidos de preparação, vigilância e resposta apresentados na Nota Técnica nº 5/2025-COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS, acerca da vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública, no âmbito dos territórios indígenas assistidos pelo SasiSUS, contemplando os seguintes eixos estruturantes:

- a. Organização e planejamento dos processos administrativos e das ações preventivas;
- b. Notificação, alerta, monitoramento e comunicação de risco;
- c. Organização da assistência à saúde;
- d. Cumprimento de protocolos clínicos, adoção de medidas não farmacológicas e afastamento de profissionais sintomáticos;
- e. Manejo clínico, organização dos fluxos assistenciais e regulação;
- f. Aquisição, controle e distribuição de insumos estratégicos.

No âmbito desses eixos, destaca-se:

- Monitorar continuamente o panorama epidemiológico das Síndromes Gripais e das Síndromes Respiratórias Agudas Graves nas áreas assistidas, considerando dados provenientes dos sistemas oficiais de informação, incluindo e-SUS Notifica, SIVEP-Gripe, SI-PNI, SIASI e demais sistemas vigentes, assegurando o envio oportuno e qualificado das informações às instâncias distrital, municipal, estadual e federal, conforme fluxo estabelecido. O DSEI deverá consolidar as informações epidemiológicas e encaminhar relatórios periódicos à Secretaria de Saúde Indígena, conforme cronograma pactuado ou sempre que for identificado aumento incomum de casos ou ocorrência de surtos.

- Emitir alertas de risco e promover comunicação imediata às unidades de vigilância do distrito, municipal e estadual, bem como às equipes de vigilância hospitalar, quando aplicável, assegurando alinhamento com os fluxos do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e demais redes de vigilância.
- Realizar classificação de risco e triagem clínica em todos os atendimentos de pacientes com sintomas respiratórios, com identificação precoce de sinais de gravidade, especialmente em crianças menores de cinco anos, lactentes, idosos e gestantes. Qualificar as equipes para o reconhecimento de sinais de alerta, tais como desconforto respiratório, cianose, prostração, sinais de desidratação, recusa alimentar e outros indicativos de agravamento clínico.
- Promover matriciamento e qualificação permanente das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena para identificação precoce de casos suspeitos, rastreamento de contatos, ampliação da cobertura vacinal e manejo clínico adequado.
- Programar e intensificar as atividades de imunização nos territórios indígenas e nas Casas de Saúde Indígena, com ênfase na ampliação das coberturas vacinais para influenza, covid-19, vacinas pneumocócicas e demais imunobiológicos do Calendário Nacional de Vacinação, incluindo a vacinação contra o vírus sincicial respiratório para gestantes, conforme estratégia vigente do Programa Nacional de Imunizações, considerando a meta de alcançar cobertura adequada nos grupos elegíveis.
- Garantir que, em caso de remoção de paciente para unidade hospitalar de referência, esta seja acompanhada de prescrição médica e ficha de referência e contrarreferência devidamente preenchida, contendo informações clínicas pertinentes, histórico vacinal, descrição de medicamentos administrados, incluindo antibióticos, antivirais e antirretrovirais, quando aplicável, além das demais condutas terapêuticas realizadas.
- Assegurar o encaminhamento imediato de casos classificados como graves às unidades hospitalares de referência, mantendo as medidas de isolamento indicadas, transporte sanitário adequado e comunicação prévia com as equipes de vigilância hospitalar.
- Fortalecer a aplicação do Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas de Povos Isolados e de Recente Contato nos Polos Base de referência, observando as especificidades epidemiológicas dessas populações.
- Adotar mecanismos de triagem para todos os profissionais de saúde, parceiros institucionais e demais pessoas que adentrem os territórios indígenas, com avaliação de sintomas de síndrome gripal, conforme orientações vigentes, incluindo a recomendação de testagem para covid-19 previamente ao ingresso no território, independentemente da área de atuação, quando indicado no protocolo distrital. Exigir comprovação de esquema vacinal atualizado conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- Para profissionais que atuem em territórios com presença de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, aplicar rigorosamente o protocolo específico de entrada, incluindo triagem clínica, avaliação epidemiológica, comprovação vacinal e demais medidas de proteção coletiva previstas.
- Realizar testagem conforme protocolos vigentes, incluindo testes rápidos de antígeno e coleta de amostras para RT-PCR ou painel viral, quando indicado, articulando com laboratórios de referência e instâncias de vigilância.
- Promover ações educativas permanentes junto às comunidades e aos profissionais de saúde, reforçando orientações sobre sinais e sintomas de gravidade, importância da vacinação, adesão ao tratamento, medidas de prevenção e enfrentamento à desinformação.

Comunicação e educação em saúde

A comunicação e a educação em saúde desempenham papel estratégico na prevenção e no controle das síndromes respiratórias, contribuindo para ampliar o acesso da população a informações qualificadas e orientar a adoção de medidas de proteção individual e coletiva. Nesse contexto, é fundamental promover estratégias de comunicação claras, acessíveis e baseadas em evidências, que favoreçam a disseminação de orientações atualizadas sobre vacinação, reconhecimento de sinais e sintomas, medidas de prevenção e organização do acesso aos serviços de saúde.

As ações de comunicação devem considerar as características socioculturais dos diferentes públicos e apoiar gestores e equipes de saúde na orientação da população durante períodos de maior circulação de vírus respiratórios. Nesse sentido, apresentam-se a seguir recomendações para o desenvolvimento de ações de comunicação e educação em saúde.

- Promover campanhas de conscientização e educação em saúde sobre a prevenção e os cuidados relacionados à Síndrome Gripal (SG) e à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), destacando a importância da vacinação contra influenza, da higiene das mãos e do uso adequado de máscaras, especialmente em locais com aglomeração de pessoas;
- Publicar materiais educativos acessíveis, considerando as características específicas da população-alvo, como idade, nível de escolaridade e contexto socioeconômico e cultural;
- 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;
- Estabelecer meios de comunicação para disseminar informações sobre os horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, os fluxos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, atualizações, orientações, diretrizes e protocolos vigentes.

5. CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde (MS) reforça a importância do fortalecimento contínuo da vigilância em saúde, de modo a assegurar resposta oportuna e coordenada frente ao aumento das doenças respiratórias, especialmente nos períodos de maior circulação viral. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de adoção integrada de medidas de prevenção, controle e resposta assistencial, considerando o aumento da

demanda por atendimento de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), principalmente associados aos vírus influenza, vírus sincicial respiratório e SARS-CoV-2.

Ressalta-se, ainda, a importância da preparação e da organização adequada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto na Atenção Especializada à Saúde (AES), com vistas ao manejo adequado dos casos, à garantia de acesso oportuno à assistência e à mitigação dos impactos sobre os serviços de saúde.

Destaca-se, igualmente, a relevância de uma comunicação clara, atualizada e articulada entre as três esferas de gestão — municipal, estadual e federal — com o objetivo de qualificar as respostas, orientar a população e subsidiar a tomada de decisão com base em evidências científicas e na realidade epidemiológica local.

6. REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico>. Acesso em: 20 fev. 2026.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de vacinação contra a covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-2024-2a-edicao/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de vacinação contra o vírus sincicial respiratório em gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategia-de-vacinacao-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-gestantes.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2026.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: <guia-de-estrategia-contra-virus-sincicial-para-criancas-prematuras.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2026.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de manejo e tratamento de influenza 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023>. Acesso em: 20 fev. 2026.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica>. Acesso em: 20 fev. 2026.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para profissionais de saúde com a classificação de risco, fluxogramas e orientações para profissionais de saúde sobre o manejo clínico oportuno dos casos de SG e SRAG, com base nas diretrizes atuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-de-orientacoes-para-profissionais-de-saude-srag.pdf/view>. Acesso em: 20 fev. 2026.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Informes da Vigilância das Síndromes Gripais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes>. Acesso em: 10 abr. 2026.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. **Informe técnico operacional: vacinação contra covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/informes-tecnicos/2023/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria Especial de Saúde Indígena; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Nota técnica conjunta nº 01/2025-SAES/SAPS/SESAI/SVSA/MS**. Alerta sobre a atual situação epidemiológica da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil até a Semana Epidemiológica 16 de 2025b. Brasília, DF, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-01-2025-saes-saps-sesai-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 26 fev. 2026.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Coordenação-Geral de Estratégias de Saúde da Comunidade. Coordenação de Imunização em Vacinação. **Nota técnica nº 04/2025-CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2025/nota-informativa-no-4-2025-cimvac-cgesco-desco-saps-ms/view>. Acesso em: 26 fev. 2026.

[12] 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, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_nirmatrelvir_ritonavir_covid19_altorisco.pdf. Acesso em: 20 fev. 2026.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/covid-19/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

[14] BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 6.914, de 5 de maio de 2025**. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro de custeio para o atendimento de crianças com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), no âmbito da

Atenção de Média e Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 maio 2025. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6914_06_05_2025.html. Acesso em: 4 mar. 2026.



Documento assinado eletronicamente por **Marília Santini de Oliveira, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 14/04/2026, às 10:01, 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 **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 14/04/2026, às 18:33, 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 **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 15/04/2026, às 10:05, 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 **Maria Lucilene Martins Santos, Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 15/04/2026, às 12:11, 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 **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 15/04/2026, às 12:28, 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 **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 15/04/2026, às 12:53, 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 **Danielle Moreira de Castro Lima, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde substituto(a)**, em 15/04/2026, às 14:59, 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 **Rodrigo Guerino Stabeli, Diretor(a) da Força Nacional do SUS**, em 15/04/2026, às 17:19, 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 **Alex Barcelos Monaiar, Diretor(a) do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena substituto(a)**, em 16/04/2026, às 12:11, 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 **0054578176** e o código CRC **38F3DDBE**.