



RONDÔNIA

Governo do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA

NOTA TÉCNICA Nº 3/2025/AGEVISA-NSS

INTERESSADOS: Gestores de Saúde, Coordenadores de Serviços/Comissões de controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e Profissionais de Saúde.

ASSUNTO: Recomendações para o manejo hospitalar da influenza: testagem, isolamento, uso de antiviral, notificação de surtos e gerenciamento de leitos.

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes padronizadas para o manejo de casos de influenza em unidades hospitalares, garantindo o gerenciamento de leitos, fluxos assistenciais adequados, prevenção de surtos intra-hospitalares e uso racional de insumos e recursos assistenciais.

2. CONTEXTO

Considerando a tendência de aumento observada no Brasil e em Rondônia nas últimas Semanas epidemiológicas (SE) entre os casos de Síndromes Gripais (SG) da Vigilância sentinel e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado por vírus respiratórios dado o período sazonal, a AGEVISA e SESAU, 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.

2.1 Situação Nacional

Os boletins mais recentes do InfoGripe/Fiocruz e as notas técnicas do Ministério da Saúde (NT Conjunta 01/2025, Guia de Manejo da Influenza/2023), evidenciam que o Brasil vivencia um aumento expressivo de internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com predomínio dos vírus Influenza A (sobretudo H1N1) e Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Dados laboratoriais indicam positividade superior a 30% para influenza em pacientes com SRAG em várias regiões. A letalidade é maior em idosos, gestantes e imunossuprimidos. A vacinação contra influenza está em curso, com cobertura abaixo da meta em várias localidades do país.

2.2 Situação em Rondônia

A distribuição de casos de SRAG notificados no ano de 2025 entre as SE 1 a 20, os casos de Covid-19 possuem predominância no início do período, com destaque para as SE 2 a 6, onde o número de casos variaram entre 7 a 18 casos, mantendo-se em níveis baixos nas SE seguintes. Entretanto, os casos por Influenza se intensificaram a partir da SE 13 e apresentaram pico na SE 15 com 17 casos, mantendo elevados níveis até a SE 19. Os casos classificados como "Outros agentes etiológicos" e Não Especificado (NE) mantêm-se relativamente estáveis, variando entre 1 e 6 casos por SE. Os registros "Em investigação" referem-se a casos que ainda estão em processo de investigação laboratorial para definição etiológica. As notificações por Outros Vírus Respiratórios (OVR) variam ao longo do período, entre eles, estão os casos por Rinovírus (64 casos), Metapneumovírus (20 casos) e Vírus Sincicial Respiratório (VSR), entre outros. O cenário mostra transição do predomínio da Covid-19 no início do ano, para Influenza e VSR no segundo trimestre, além de número expressivo de casos ainda sem definição laboratorial no final da série.

No que se refere a distribuição dos óbitos por Influenza em 2025, oito pacientes com hipótese diagnóstica de Influenza, tiveram o registro de evolução para óbito no sistema SIVEP-Gripe, com confirmação de cinco óbitos por influenza até o mês de maio. A média de idade dos 5 óbitos confirmados, foi 60 anos e a mediana de idade de 71 anos. Três óbitos ocorreram no sexo feminino (60%). Nenhum possuía informação de vacinação contra Influenza, mas com fatores de risco associados.

Quanto à cobertura vacinal contra Influenza, observa-se entre os anos de 2022 a 2024 houve um importante decréscimo na vacinal de 83,1% em 2022 para 43,6% em 2024, paralelamente, os óbitos por influenza dobraram de 8 para 16 entre 2022 e 2023, e seguiram aumentando para 18 óbitos em 2024. Essa tendência indica um impacto direto da baixa adesão à vacinação no aumento da mortalidade, reforçando a importância de estratégias para ampliar a cobertura vacinal e reduzir complicações graves pela doença.

3. RECOMENDAÇÕES PARA UNIDADES HOSPITALARES

3.1 Triagem

- Toda unidade hospitalar deve manter triagem respiratória ativa na entrada de pronto atendimento, internação e setor de visitas.
- Devem ser triados:
 - Pacientes com sinais/sintomas respiratórios (febre, tosse, dispneia, coriza, dor de garganta);
 - Visitantes e acompanhantes com sintomas devem ser orientados a não permanecer no ambiente hospitalar;
 - Profissionais de saúde com sintomas gripais devem ser afastados conforme avaliação clínica e fluxos institucionais.

3.2 Testagem

- Indicar RT-PCR para influenza e SARS-CoV-2 em casos de SG ou SRAG com internação ou critérios de gravidade.
- A testagem de contatos assintomáticos não é recomendada, inclusive em unidades com casos confirmados.
- Testes rápidos para influenza não são recomendados pelo MS como critério de decisão clínica ou vigilância.

Observação: O Ministério da Saúde não recomenda e não possui em sua estratégia da vigilância da influenza o método de testes rápidos para o diagnóstico de influenza. O método padrão-ouro para o diagnóstico do vírus influenza é a transcrição reversa, seguida por reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) em tempo real.

3.3 Uso de Antivirais (Oseltamivir)

Indicação de uso terapêutico:

- **Todos os casos de SG em:**

- Crianças menores de 5 anos;
- Idosos ≥65 anos;
- Gestantes e puérperas (até 42 dias);
- Indivíduos com comorbidades (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, imunossupressão, obesidade, diabetes);
- Populações indígenas.
- Todos os casos de SRAG, independente do tempo de início dos sintomas.
- Casos com evolução grave ou hospitalizados, mesmo após 48h de sintomas.

Uso profilático:

- Não recomendado de forma rotineira;
- Indicado apenas em surtos intra-hospitalares (presença de 2 casos laboratorialmente confirmados em um intervalo de tempo de 72 horas em uma mesma unidade de internação), e sob avaliação da CCIH em conjunto com o NHE, para contatos de risco (imunossuprimidos, institucionalizados).

3.4 Isolamento e Precauções

- Iniciar precauções de gotículas e padrão para todo paciente com suspeita ou confirmação de infecção por Influenza.
- Garantir o distanciamento mínimo de 1 metro entre leitos, conforme RDC nº 50/2002/ANVISA, especialmente em enfermarias com múltiplos pacientes e em períodos de sazonalidade respiratória.
- Orientar uso de máscara cirúrgica no paciente que tolerar o seu uso;
- Orientar e reforçar aos profissionais o uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.
- Orientar e reforçar o uso de máscara PFF2 pelo profissional se houver geração de aerossóis.
- Orientar e reforçar quanto à higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool em gel).
- Garantir o uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.
- Manter paciente preferencialmente, e se possível, em quarto privativo por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que o paciente esteja sem o uso de antitérmico.
- Em caso de surto e na impossibilidade de isolamento em quarto privativo, sugere-se isolamento em enfermaria coletiva entre pacientes com mesma patologia e subtipos.
- Em caso de confirmação laboratorial de influenza em um paciente alocado em enfermaria coletiva, sugerimos : estabelecimento de precauções adicionais para o paciente-fonte, estabelecimento de precauções adicionais empíricos para os contatos e vigilância de novo aparecimento de sintomas respiratórios por 7 dias além de avaliação de quimioprofilaxia para os contatos)
- O isolamento pode ser suspenso após 7 dias do início dos sintomas OU 24h após a remissão da febre sem uso de antitérmicos.
- Embora a covid-19 e a Influenza sejam doenças para as quais se implementa medidas de precaução semelhantes, não se deve colocar na mesma coorte, pacientes com covid-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes

3.5 Acompanhantes e Visitas

- Restringir a permanência de acompanhantes em unidades com surtos de influenza.
- Garantir o uso de máscaras cirúrgicas por acompanhantes e visitantes.
- Orientar sobre higiene das mãos, sinais de alerta e condutas em caso de sintomas.

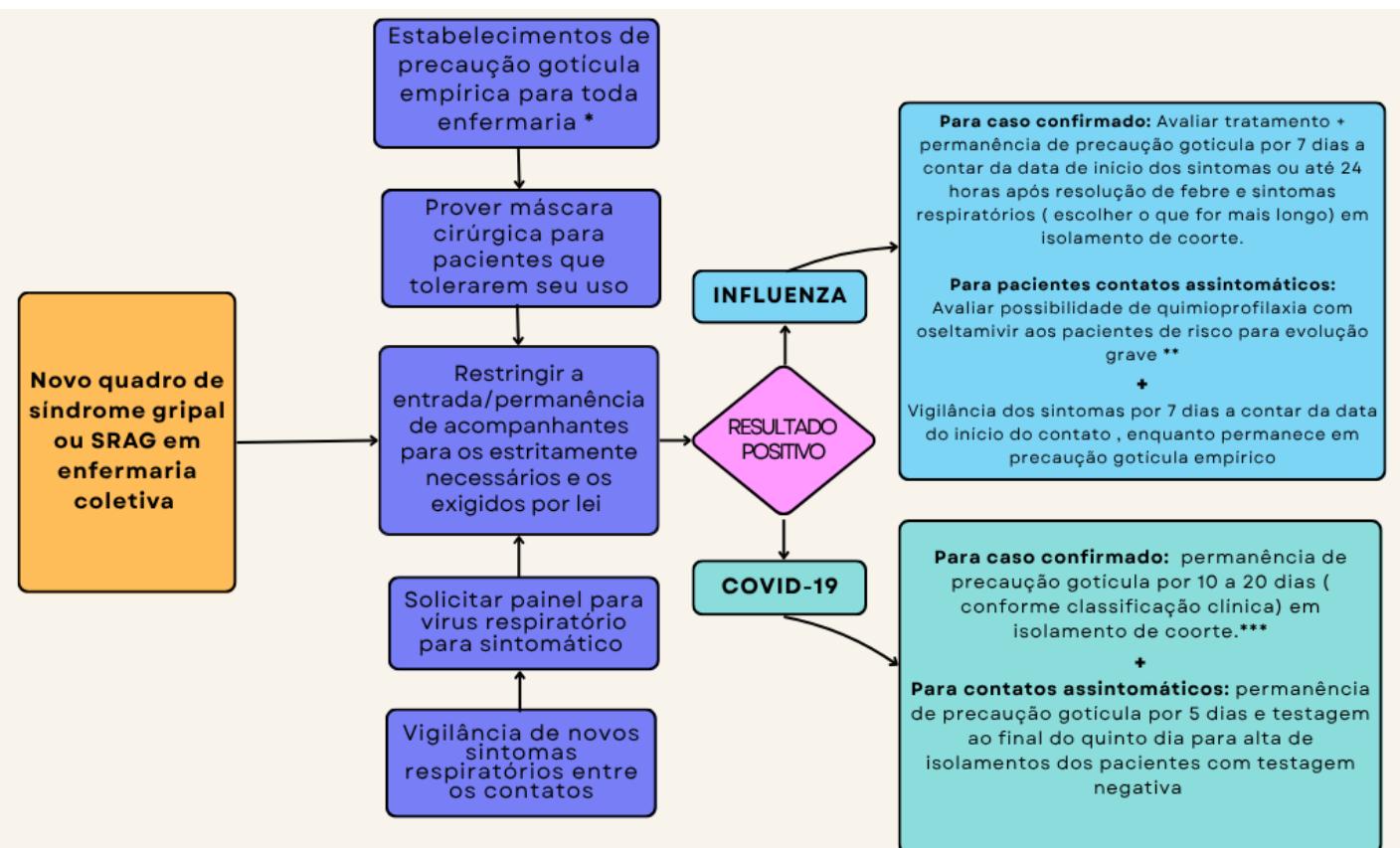
3.6 Bloqueio de Leitos

- O bloqueio de leitos de forma indiscriminada não é recomendado. Em casos de necessidade de bloqueio de leitos, este deverá ser feito de maneira cautelosa, planejada pela CCIH e NHE para garantir a continuidade da assistência hospitalar e em observância às medidas de isolamento e prevenção já estabelecidas.

3.7 Notificação e Vigilância

- SRAG: notificar no sistema SIVEP-Gripe imediatamente.
- Surtos intra-hospitalares: notificar ao CIEVS estadual e registrar obrigatoriamente no LimeSurvey da Anvisa.

3.8 Fluxograma Sugerido



* Precaução goticula empírica é a precaução estabelecida para paciente com a patologia suspeita enquanto se aguarda resultado de exames microbiológicos.

** A população considerada de risco são: imunodeprimidos e pacientes com comorbidades de alto risco.

*** Isolamento de coorte é a alocação de pacientes em um mesmo ambiente com a mesma patologia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diane do cenário epidemiológico atual, esta Nota Técnica estabelece diretrizes para garantir a segurança assistencial e a vigilância qualificada frente à circulação de vírus respiratórios, em especial o vírus influenza. As orientações aqui descritas devem ser compreendidas como ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e institucional, evitando condutas não padronizadas que possam prejudicar a alocação de recursos e comprometer a continuidade da assistência.

Reforça-se a importância da atuação integrada entre os serviços de saúde, comissões de controle de infecção, Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e gestores, de modo a assegurar respostas proporcionais, baseadas em evidências, e alinhadas ao interesse coletivo.

A AGEVISA e SESAU acompanharão permanentemente a evolução do quadro epidemiológico local e atualizarão as recomendações conforme necessário, de forma articulada com o Ministério da Saúde e demais instâncias do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de manejo e tratamento da influenza: 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://bit.ly/guia-manejo-tratamento-influenza-2023>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 01/2025 – Cenário epidemiológico de vírus respiratórios e recomendações de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 13/2023-CGVDI/CGLAB – Estratégia de vigilância laboratorial da Síndrome Gripal e SRAG. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 31/2022 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS: recomendações para vacinação contra influenza no contexto da coadministração com outras vacinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 39, p. 31-37, 20 fev. 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/engenharia-sanitaria/rdc-50-2002>. Acesso em: 28 maio 2025

RONDÔNIA. Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA. Nota informativa sobre o uso do fosfato de oseltamivir na Rede Estadual de Saúde. Porto Velho: AGEVISA, 2025.

ELABORAÇÃO:

Maria Leiliane de Brito

Evelyn de Sousa Pinheiro Moreira

Coordenação Estadual de Controle de Infecções relacionadas às Assistência à Saúde (CECIRAS/RO)

Lorena Teixeira da Silva

Coordenadora Estadual de Controle de Infecções relacionadas às Assistência à Saúde (CECIRAS/RO)

Fernanda Carlos de Góis

Médica Infectologista do Centro de Medicina Tropical de Rondônia

**CEL BM GILVANDER GREGÓRIO DE LIMA
DIRETOR GERAL/AGEVISA-RO**



Documento assinado eletronicamente por **LORENA TEIXEIRA DA SILVA**, Técnico(a), em 05/06/2025, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **EVELYN DE SOUSA PINHEIRO**, Chefe de Núcleo, em 05/06/2025, às 13:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Gilvander Gregorio de Lima**, Diretor(a), em 06/06/2025, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA CARLOS DE GOIS OLIVEIRA**, Médico(a), em 07/06/2025, às 13:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Ariadne Soares**, Gerente, em 09/06/2025, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0060753846** e o código CRC **29702791**.