

NOTA TÉCNICA Nº 22/2026 - SESA/SSVS/GEVS/NEVE/PEI

Vitória, 15 de abril de 2026.

Assunto: Atualização das orientações sobre a Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Estado do Espírito Santo (ES), com orientações para a vigilância e assistência, e reforço de medidas preventivas e de controle diante da sazonalidade de vírus respiratórios.

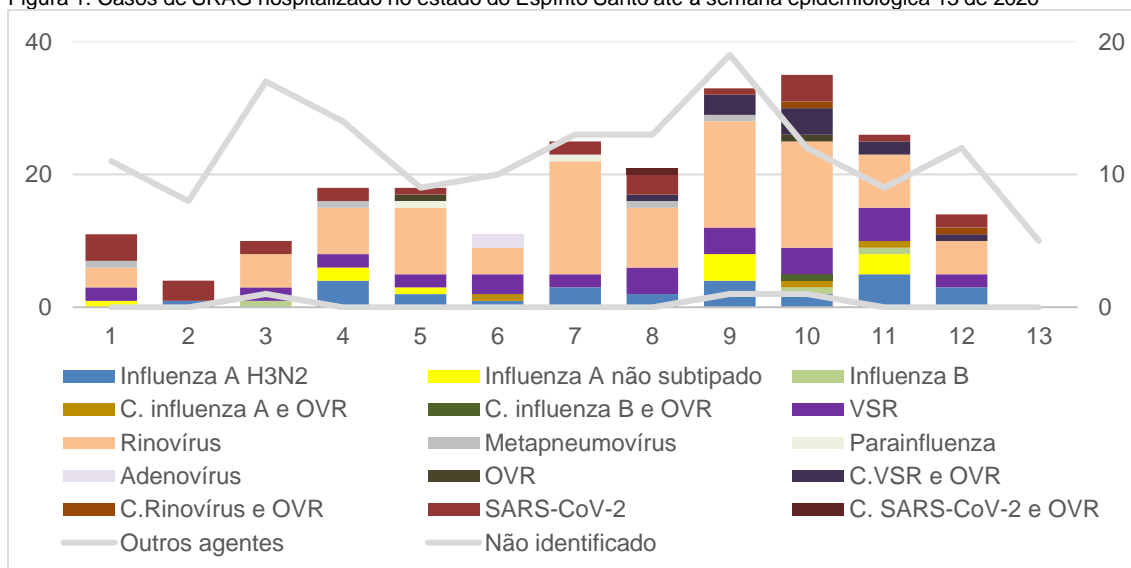
## 1. CONSIDERAÇÕES

Os vírus respiratórios constituem importante causa de infecções do trato respiratório, apresentando, em sua maioria, quadros clínicos autolimitados. Entretanto, em indivíduos pertencentes aos grupos de maior risco — como crianças menores de 5 anos, idosos, gestantes, puérperas e pessoas com comorbidades ou imunossupressão — essas infecções podem evoluir para formas graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com necessidade de hospitalização e risco de óbito.

A circulação desses vírus ocorre ao longo de todo o ano, com aumento sazonal nos meses de outono e inverno, especialmente para os vírus Influenza e Vírus Sincicial Respiratório (VSR), demandando intensificação das ações de vigilância, diagnóstico e prevenção.

No cenário epidemiológico atual, observa-se aumento no número de casos de SRAG hospitalizados e de óbitos, ainda que com tendência de estabilidade, envolvendo diferentes agentes etiológicos, conforme demonstrado nas Figuras 1 e 2.

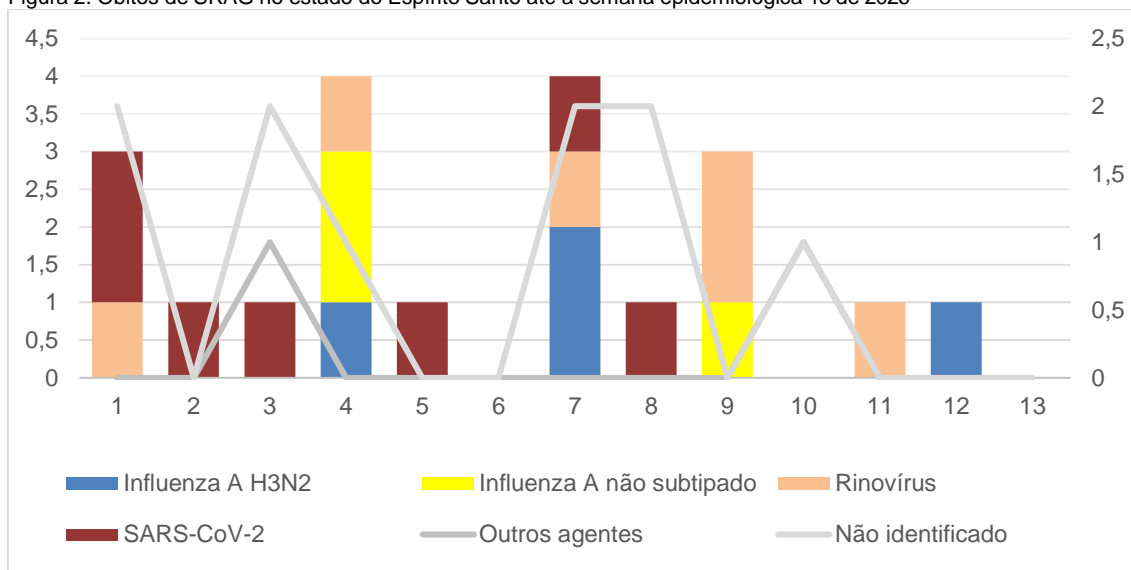
Figura 1. Casos de SRAG hospitalizado no estado do Espírito Santo até à semana epidemiológica 13 de 2026



Dados extraídos do SIVEP – GRIPE em 06 de abril de 2026.



Figura 2. Óbitos de SRAG no estado do Espírito Santo até a semana epidemiológica 13 de 2026



Dados extraídos do SIVEP – GRIPE em 06 de abril de 2026.

As manifestações clínicas das infecções por vírus respiratórios são inespecíficas, reforçando a importância do diagnóstico laboratorial, preferencialmente por RT-qPCR. A identificação etiológica contribui para o manejo clínico adequado, vigilância epidemiológica e definição de estratégias de controle.

A vigilância dos vírus respiratórios de importância em saúde pública no Brasil é realizada por meio da Rede de Vigilância Sentinela de SG, da vigilância de SRAG (em hospitalizados e óbitos) e da vigilância de SG suspeita de COVID-19. Essas ações estão integradas à Rede Nacional de Laboratórios, composta pelos Laboratórios Centrais (LACENs) e laboratórios de referência nacional, como a Fiocruz, o Instituto Adolfo Lutz e o Instituto Evandro Chagas.

No Espírito Santo (ES), a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por meio da Vigilância em Saúde, realiza monitoramento contínuo dos casos, com análise epidemiológica e laboratorial e alimentação oportuna dos sistemas oficiais.

Diante do aumento de casos e da sazonalidade vigente, esta Nota Técnica atualiza e reforça orientações para vigilância, assistência e medidas de controle.

## 2. DEFINIÇÕES E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

### 2.1 Definição de caso

#### 2.1.1 Síndrome Gripal (SG):

- Unidades sentinela: indivíduo com febre (mesmo que referida) e tosse ou dor de garganta, com início nos últimos 7 dias.
- Demais serviços: indivíduo com quadro respiratório agudo ( $\leq 10$  dias), apresentando pelo menos dois sintomas, sendo ao menos um respiratório:
  - Respiratórios: tosse, coriza, dor de garganta, congestão nasal
  - Gerais: febre, cefaleia, mialgia, calafrios



## 2.12 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Indivíduo com SG que apresente sinais de gravidade e necessite hospitalização, como:

- Dispneia ou desconforto respiratório (tiragem intercostal, batimento de asa) ou taquipneia ou
- Saturação de O<sub>2</sub> < 94% em ar ambiente ou
- Pressão ou dor persistente no tórax ou
- Cianose

Em crianças e idosos, considerar também: desidratação, inapetência, irritabilidade ou alteração do estado mental.

## 2.13 Óbito por SRAG:

Óbito de indivíduo com quadro compatível com SRAG, independentemente de hospitalização.

## 2.2 Vigilância epidemiológica

### 2.21 Notificação

- A notificação é obrigatória para serviços públicos e privados.
- Casos de SRAG hospitalizados e óbitos por SRAG, independentemente de confirmação etiológica devem ser notificados imediatamente no sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – GRIPE).
- Casos de SG suspeitos de COVID-19 devem ser notificados no sistema e-SUS VS.
- A SG não é de notificação universal, exceto nas unidades sentinela e casos de SG de COVID- 19.
- Casos de SG nas unidades sentinelas devem seguir fluxos de vigilância sentinela de SG conforme normativa própria do Ministério da Saúde e SESA.
- Não devem ser notificados no sistema SIVEP-Gripe casos que não atendam à definição de SRAG.

### 2.22 Investigação e coleta de amostras

A investigação deve ser realizada oportunamente e incluir:

#### a) Coleta de amostras

- A coleta de amostras respiratórias (aspirado de nasofaringe ou secreções de nasofaríngeo e orofaringe) é importante para diagnóstico laboratorial através do RT – PCR, metodologia padrão-ouro para diagnóstico de vírus respiratórios (figura 3).
- Os testes rápidos poderão ser usados apenas para suspeitas de SG por COVID.
- A coleta deve ocorrer, preferencialmente, do 3 ao 7 dia para SGs, podendo se estender até o 14 dia de início dos sintomas para os casos de SRAG usando medidas de biossegurança.
- A ausência de coleta não impede a notificação dos casos que atendam à definição de SRAG.
- As amostras devem ser condicionadas e enviadas para o LACEN junto com a ficha de notificação conforme orientação do manual técnico após a inserção no sistema GAL (figura 4).

#### b) Qualificação dos dados nos sistemas de informações

- As fichas de notificação devem ser atualizadas oportunamente nos sistemas de informação, incluindo dados epidemiológicos, informações de internação, dados da amostra, resultados laboratoriais, classificação final e critério de encerramento, garantindo a completude e a consistência dos dados.
- Os campos devem ser obrigatoriamente atualizados após a liberação dos resultados laboratoriais.

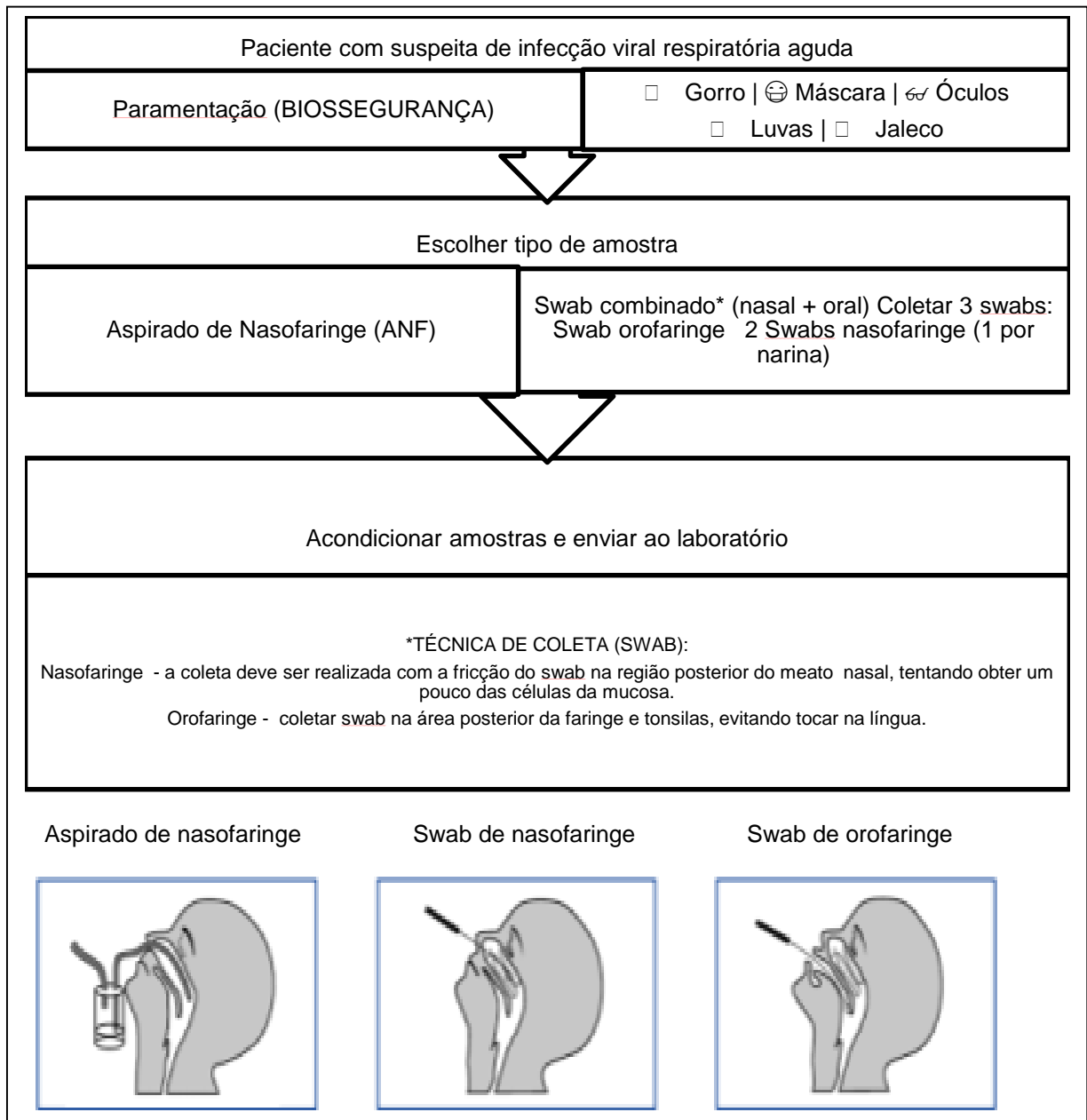
### 2.23 Encerramento dos casos nos sistemas de informações

- Inserir o desfecho dos casos após sua definição (alta, óbito ou transferência).



- Revisar as fichas de notificação para completar os campos pendentes, garantindo a consistência das informações.
- A notificação, investigação, qualificação e encerramento dos casos são de responsabilidade dos serviços de saúde e da vigilância epidemiológica municipal.

Figura 3. Técnicas para coleta de aspirada nasofaringe e swab combinado



Extraído e adaptado: NOTA TÉCNICA Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS.



Figura 4 – Orientação de coleta, armazenamento e transporte de amostras para realização do RT – PCR e cadastro no GAL para envio de amostras ao LACEN

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
RT–PCR em Tempo Real (RT-qPCR)	Aspirado de nasofaringe Secreção de nasofaringe e orofaringe (swab combinado)	Síndrome Gripal: Preferencialmente entre o 3º e o 7º dia após o início dos sintomas  SRAG: Até o 14º dia após o início dos sintomas	Coletor de secreção/ tubo cônico com tampa rosca, contendo meio de transporte viral ou salina tamponada (PBS 7,2).  Manter em temperatura entre 2 a 8 °C por até 72h após a coleta. Após esse período, manter congelado a - 70 °C	Caixa isotérmica com gelo reciclável (envio imediato ou até 24h após a coleta)
	Fragmentos de, no mínimo, 1 cm3 de tecidos3: pulmão, traqueia, brônquios, amígdalas	Logo após o óbito ou dentro das primeiras 8h e, no máximo, 12h após o óbito	Recipientes estéreis separados (1 recipiente para cada fragmento de tecido), com meio de transporte viral ou solução salina tamponada, suplementada com antibióticos e hermeticamente fechado.	
Documentação: - Ficha de investigação (e-SUS VS ou SRAG), cadastro impresso do GAL e listagem GAL de exames encaminhados				
Cadastro no GAL - escolher a opção no sistema do(s) material(is) biológico(s) efetivamente coletado(s) conforme manual de Procedimentos técnicos para análises laboratoriais biológicas.				

Fonte: Manual de Procedimentos Técnicos para análises laboratoriais biológicas – LACEN ES. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>.

### 3 MANEJO CLÍNICO

- Realizar notificação e coleta conforme indicado.
- Priorizar atendimento de grupos de risco e casos com sinais de gravidade.
- Iniciar tratamento antiviral para Influenza o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 48 horas, podendo ser iniciado posteriormente em casos graves ou de risco (figura 5).
  - **Casos de SG suspeita de influenza com condições e fatores de complicações;**
  - **Todos os casos SRAG hospitalizados após a suspeita clínica.**



Figura 5. Oseltamivir: posologia e administração

FAIXA ETÁRIA	PESO	POSOLOGIA
Adulto		75 mg, 12 em 12 horas, 5 dias
Criança maior de 1 ano de idade	< = 15 kg	30 mg, 12 em 12 horas, 5 dias
	>15 a 23 kg	45 mg, 12 em 12 horas, 5 dias
	23 a 40 kg	60 mg, 12 em 12 horas, 5 dias
	>40 kg	75 mg, 12 em 12 horas, 5 dias
Criança menor de 1 ano de idade	a 8 meses	3mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
	9 a 11 meses	3,5mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
Recém-nascidos	<38 semanas de idade gestacional	1mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
	38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
	>40 semanas de idade gestacional	3mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal, com base no clearance de creatinina.	Leve clearance >60-90 mL/min	75 mg 12/12 h
	Moderado clearance >30-60 mL/min	30 mg 12/12 h
	Grave clearance >10-30 mL/min	30 mg 1 vez ao dia
	Pacientes em hemodiálise clearance ≤10 mL/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*
	Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa clearance ≤10 mL/min	única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise

Fonte: Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública.

- Iniciar tratamento antiviral para COVID -19 quando indicado (figura 6).

Figura 6. Posologia dos antivirais nirmatrelvir e ritonavir

Público - alvo	Apresentação	Posologia
Imunossuprimidos > = 18 anos	Nirmatrelvir (comprimidos de 150 mg) e ritonavir (comprimidos de 100 mg)	2 comprimidos de 150 mg de nirmatrelvir (300 mg) + 1 comprimido de ritonavir (100 mg), 2x ao dia, 5 dias
Pessoas com 65 anos ou mais		

Fonte: Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública.

- Instituir medidas de suporte clínico, hidratação e sintomáticos.
- Condutas:
  - SRAG: internação e isolamento respiratório (figura 7). Avaliar a possibilidade de internação em leitos em coortes.
  - SG com fatores de risco: considerar antiviral, reavaliação em 48 a 72 horas e orientar isolamento (figura 7).
  - SG sem fatores de risco: tratamento sintomático e orientações incluindo de isolamento (figura 7).



Figura 7. Recomendações sobre isolamento de casos de SG, SRAG e infecções assintomáticas por vírus respiratórios

<p>SG na comunidade, independente da etiologia viral e não imunossuprimidos:*</p>	<p>Recomenda-se isolamento por 5 dias contados a partir da data de início dos sintomas. A suspensão do isolamento pode ocorrer após o 5º dia, desde que o indivíduo: esteja sem febre há pelo menos 24 horas (sem uso de antitérmicos); e apresente remissão dos sintomas respiratórios. Nos casos de SG pelo SARS-CoV-2, não é necessário realizar teste laboratorial (Biologia molecular ou TR-Ag) para término do isolamento.</p>
<p>Casos assintomáticos na comunidade com confirmação laboratorial de infecção pelo SARS-CoV-2, por exame de biologia molecular (RT-PCR) ou teste rápido (TR-AG):*</p>	<p>Recomenda-se o isolamento por 5 dias contados a partir da data de realização do exame. Não é necessário realizar teste laboratorial (Biologia molecular ou TR-Ag) para suspender o isolamento.</p>
<p>SG na comunidade, independentemente da etiologia viral, em indivíduos imunocomprometidos:**</p>	<p>Recomenda-se o isolamento por 10 dias contados a partir da data de início dos sintomas. O retorno às atividades pode ocorrer após o 10º dia, desde que o indivíduo: esteja sem febre há pelo menos 48 horas (sem uso de antitérmicos); e apresente remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial, com exame de biologia molecular (RT-PCR), para descontinuidade do isolamento pode ser considerada nessa população, a critério médico.</p>
<p>SRAG por SARS-CoV-2:</p>	<p>Recomenda-se o isolamento por 20 dias contados a partir da data de início dos sintomas. A suspensão do isolamento pode ocorrer após o 20º dia, desde que o indivíduo: esteja sem febre há pelo menos 24 horas (sem uso de antitérmicos); e apresente remissão dos sintomas respiratórios.</p>
<p>SRAG por outros vírus respiratórios:</p>	<p>Para pacientes hospitalizados com SRAG por outros vírus respiratórios, o tempo de isolamento pode ser definido individualmente conforme o quadro clínico e identificação do agente etiológico. A testagem laboratorial, com exame de biologia molecular (RT-PCR), para descontinuidade do isolamento pode ser considerada nessa população, especialmente em indivíduos imunossuprimidos, a critério médico.</p>
<p>Contatos de casos respiratórios</p>	<p>Os contatos assintomáticos de casos de SG não precisam realizar quarentena, porém devem manter as medidas de segurança por 10 dias a contar da data da última exposição, conforme listado a seguir: Utilizar máscara facial, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa e em público; Evitar contato com pessoas com fatores de risco para agravamento por doenças respiratórias, em especial idosos, imunossuprimidos e pessoas com múltiplas comorbidades; Manter distância mínima de 1 metro das outras pessoas se estiver sem máscara; Automonitorar os sinais e sintomas</p>



	sugestivos de SG; e Caso o indivíduo apresente sinais e sintomas sugestivos de SG, sugere-se iniciar o isolamento conforme descrito no tópico anterior.
<p>*Medidas adicionais até o 10º dia: - Para os casos 1 e 2 após o retorno às atividades, recomenda-se que as seguintes medidas sejam adotadas até o 10º dia do início dos sintomas ou teste positivo nos casos assintomáticos: Uso contínuo de máscara bem ajustada ao rosto (preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95); Evitar contato com pessoas com fatores de risco para agravamento por doenças respiratórias, em especial idosos, imunossuprimidos e pessoas com múltiplas comorbidades; Evitar locais com aglomeração; Manter distância mínima de 1 metro das outras pessoas se estiver sem máscara; e Evitar viagens e refeições próximas a outras pessoas.</p> <p>** Medidas adicionais até o 20º dia: Para o caso 3, após a suspensão do isolamento, recomenda-se que as seguintes medidas sejam adotadas até o 20º dia do início dos sintomas ou teste positivo nos casos assintomáticos: Uso contínuo de máscara bem ajustada ao rosto (preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95); Evitar contato com pessoas com fatores de risco para agravamento por doenças respiratórias, em especial idosos, imunossuprimidos e pessoas com múltiplas comorbidades; Evitar locais com aglomeração; Manter distância mínima de 1 metro das outras pessoas se estiver sem máscara; e Evitar viagens e refeições próximas a outras pessoas.</p>	

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA MS.

Resumo nos fluxogramas em anexo (figura 8).

#### 4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

- Higienização frequente das mãos;
- Uso de máscara por indivíduos sintomáticos e em ambientes de risco;
- Etiqueta respiratória;
- Ventilação adequada de ambientes;
- Afastamento de atividades em caso de sintomas respiratórios.
- Intensificar a vacinação contra Influenza, COVID e VSR, conforme calendário vigente.
- Controle em serviços de saúde: implementar precauções padrão e para gotículas/aerossóis, conforme avaliação de risco, uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e monitoramento de surtos em ambientes fechados e instituições.

#### 5 MONITORAMENTO E COMUNICAÇÃO

- Fortalecer a vigilância sentinela de vírus respiratórios.
- Monitorar indicadores epidemiológicos e assistenciais.
- Comunicar oportunamente alterações no padrão epidemiológico.

#### 6 DISPOSIÇÕES GERAIS

É fundamental a integração entre a atenção básica, urgência/emergência e vigilância em saúde para resposta oportuna e eficaz à sazonalidade dos vírus respiratórios. A detecção precoce, o tratamento adequado e a vacinação são as principais estratégias para reduzir complicações e óbitos.

Contamos com o empenho de todos os profissionais e gestores da rede de saúde para a efetivação das medidas aqui descritas

#### 7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa



Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 146 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. NOTA TÉCNICA Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA MS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral da Vigilância da Covid - 19, Influenza e Outros vírus respiratórios. NOTA TECNICA Nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA MS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Secretária de Atenção Primária a Saúde Secretária de Atenção Especializada a Saúde Secretária de Saúde Indígena NOTA TECNICA CONJUNTA Nº 70/2025-SVSA SAPS SAES SESAI MS

Danielle Grillo Pacheco Lyra

Coordenadora do Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Dijoce Prates Bezerra

Chefe do Núcleo Estadual de Vigilância Epidemiológica

Juliano Mosa Mação

Gerente de Vigilância em Saúde

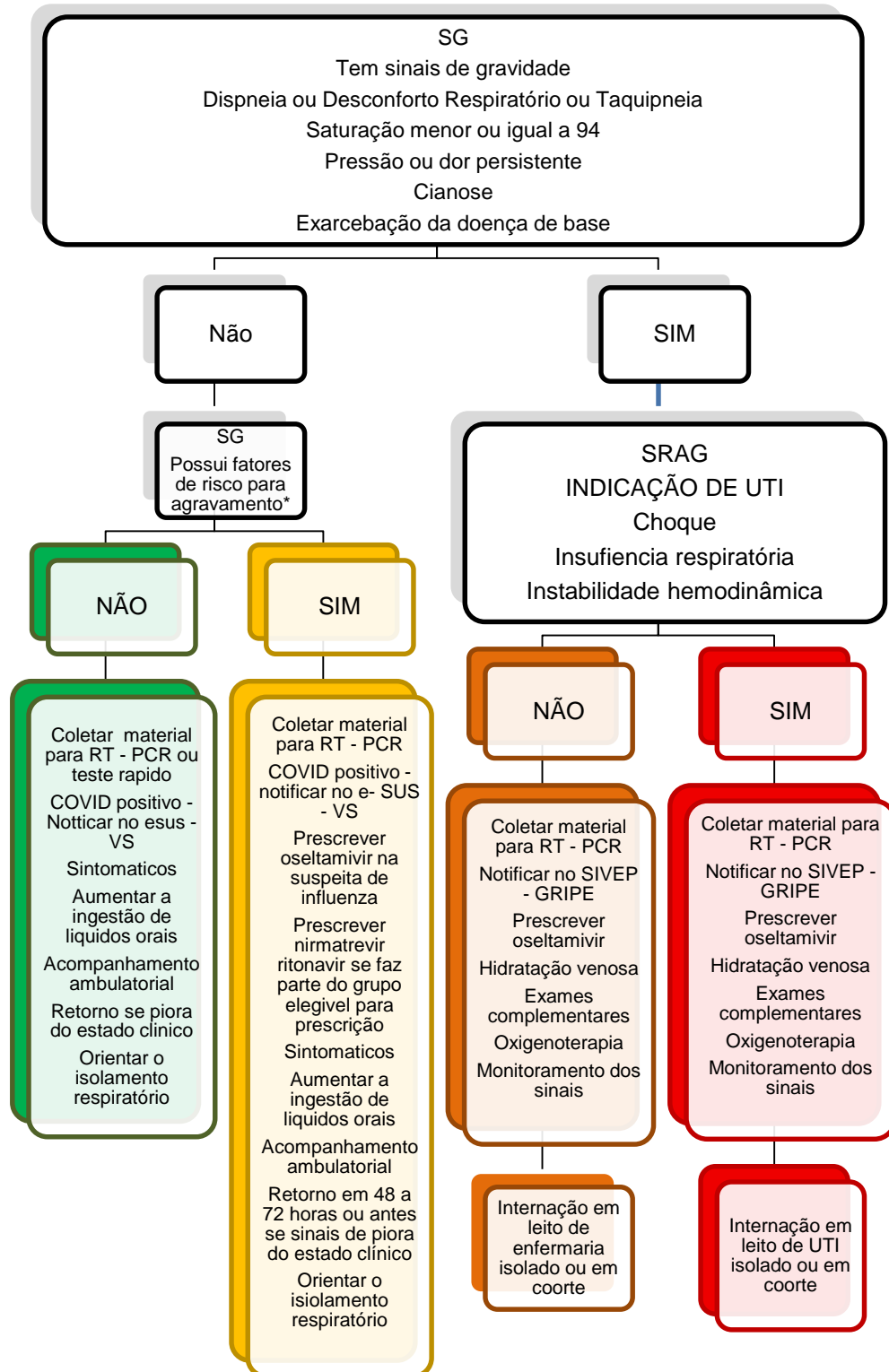
Orlei Amaral Cardoso

Subsecretário de Vigilância em Saúde



ANEXO A

Figura 8. Fluxograma 1 - Classificação de risco e manejo clínico do paciente com SG e SRAG



\* Fatores de risco\*: população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos; adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**DIJOCE PRATES BEZERRA**  
CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE  
NEVE - SESA - GOVES  
assinado em 16/04/2026 10:28:13 -03:00

**DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA**  
REFERÊNCIA TÉCNICA DO PROGRAMA ESTADUAL DE  
IMUNIZAÇÕES - PEI  
NEVE - SESA - GOVES  
assinado em 16/04/2026 09:23:22 -03:00

**ORLEI AMARAL CARDOSO**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSVS - SESA - GOVES  
assinado em 18/04/2026 12:46:14 -03:00

**JULIANO MOSA MAÇÃO**  
GERENTE FG-GE  
GEVS - SESA - GOVES  
assinado em 18/04/2026 12:58:36 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 18/04/2026 12:58:36 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por MARIANA RIBEIRO MACEDO (MEDICO - NEVE - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2026-40RM7D>