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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2025-SAES/SAPS/SESAI/SVSA/MS

1. ASSUNTO

Alerta sobre a atual situação epidemiológica da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes no Brasil e por regiões, em 2025, até a Semana Epidemiológica (SE) 16, a fim de orientar diretrizes para a implementação de medidas preventivas e de controle, diagnóstico precoce e estratégias destinadas a fortalecer a capacidade de preparação e resposta na Rede de Atenção à Saúde (RAS) frente ao aumento dos casos de SG e SRAG.

2. ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

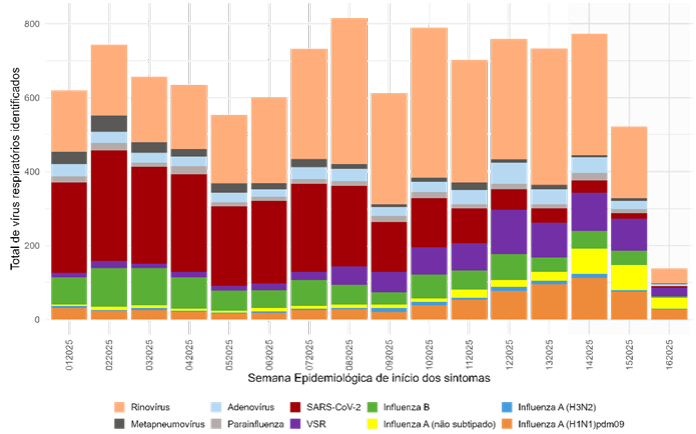
Nesse contexto, é importante que a RAS esteja preparada para atender, de forma oportuna e coordenada, a crescente demanda por atendimento nos serviços de saúde.

3. ANÁLISE

3.1. Situação Epidemiológica - Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG)

Com base no monitoramento epidemiológico dos vírus respiratórios por meio da Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG), até a SE 16 de 2025, dentre as amostras positivas para Influenza (27,7%), 41% (947/2.289) foram decorrentes de influenza B, 31% (701/2.289) de influenza A (H1N1)pdm09, 4% (98/2.289) de influenza A(H3N2) e 24% (543/2.289) de influenza A (não subtipado). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de rinovírus (70%), SARSCoV-2 (38%) e VSR (13%) (Fig. A).

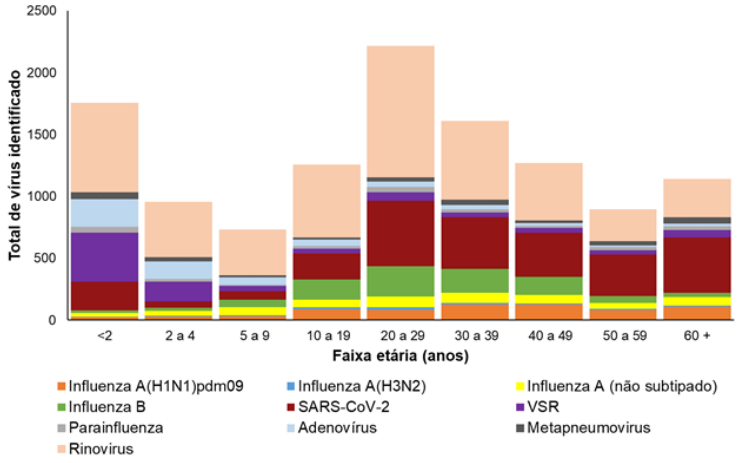
Figura A. Distribuição dos vírus respiratórios, segundo SE. Brasil, 2025 até a SE 16.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

Até a SE 16, entre os indivíduos com menos de 10 anos, houve maior identificação de rinovírus (45%), SARS-CoV-2 (10%) e VSR (17%). Entre os indivíduos com mais de 10 anos, predominou a identificação de SARS-CoV-2 (25%), rinovírus (42%), e influenza (24%). Entre os idosos de 60 anos ou mais, predominaram SARS-CoV-2 (39%), rinovírus (27%) e influenza (19%) (Fig. B).

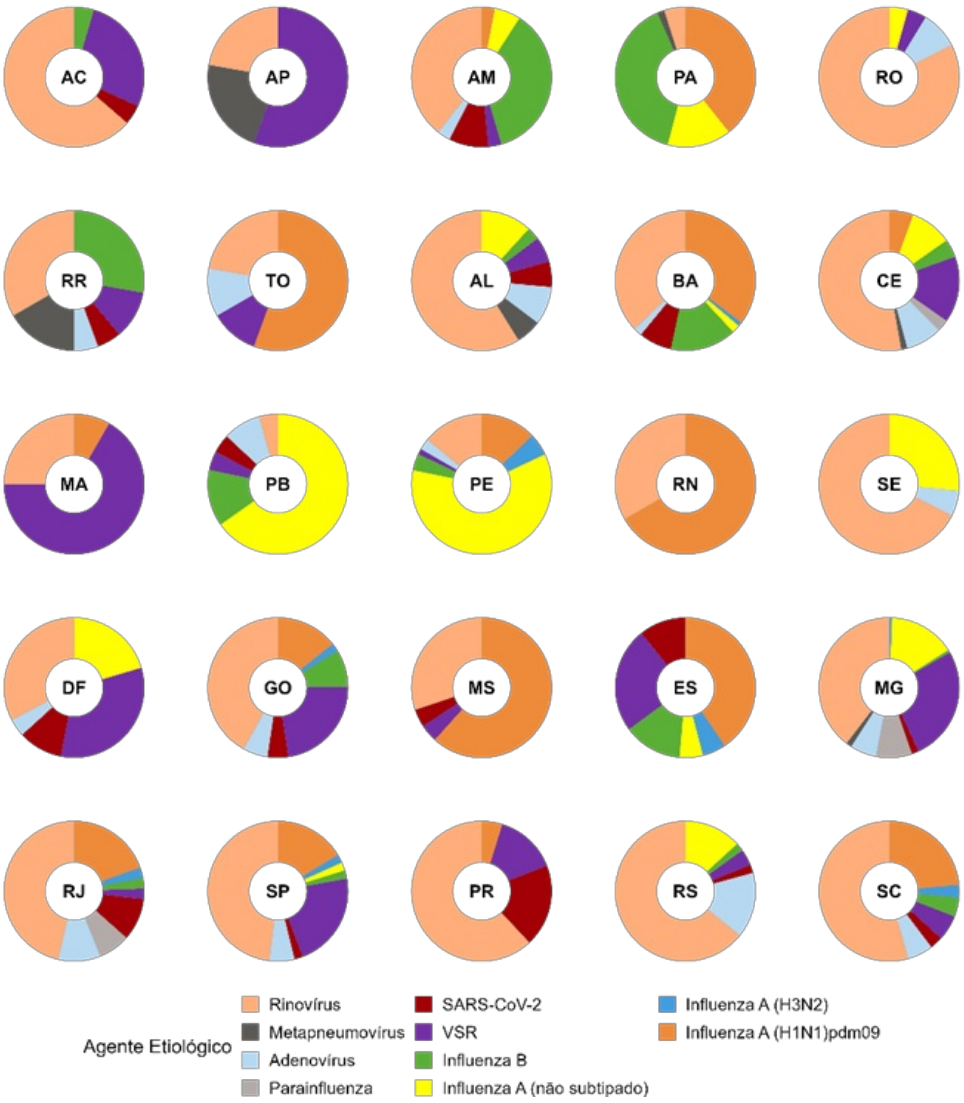
Figura B. Vírus respiratórios, segundo faixa etária. Brasil, 2025 até a SE 16.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

Observa-se o predomínio da Influenza A não subtipada (amarelo) e da Influenza A(H1N1)pdm09 (laranja) em diversos estados, como PA, PI, RR, AL, e SE. O Rinovírus (salmão) também aparece com alta frequência em unidades como SP, RJ e DF. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) (roxo) tem circulação expressiva em estados como MA, PE, GO, e MS. A Influenza A(H3N2) (azul claro) aparece de forma menos prevalente e localizada. De modo geral, é possível verificar a cocirculação de diferentes vírus respiratórios, com ênfase na Influenza A e no Rinovírus como os agentes mais detectados nas últimas SE. Entre as SE 14 e 16, os estados de Mato Grosso (MT) e Piauí (PI) não reportaram, até o momento, a identificação de vírus respiratórios por meio das suas unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) (Fig. C).

Figura C. Vírus respiratórios, segundo Unidades Federadas entre a SE14 e SE16. Brasil, 2025.

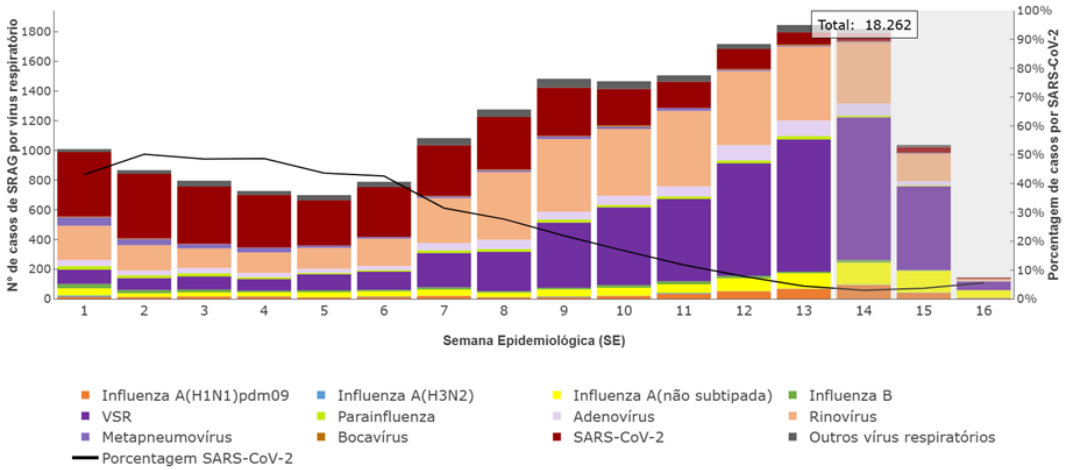


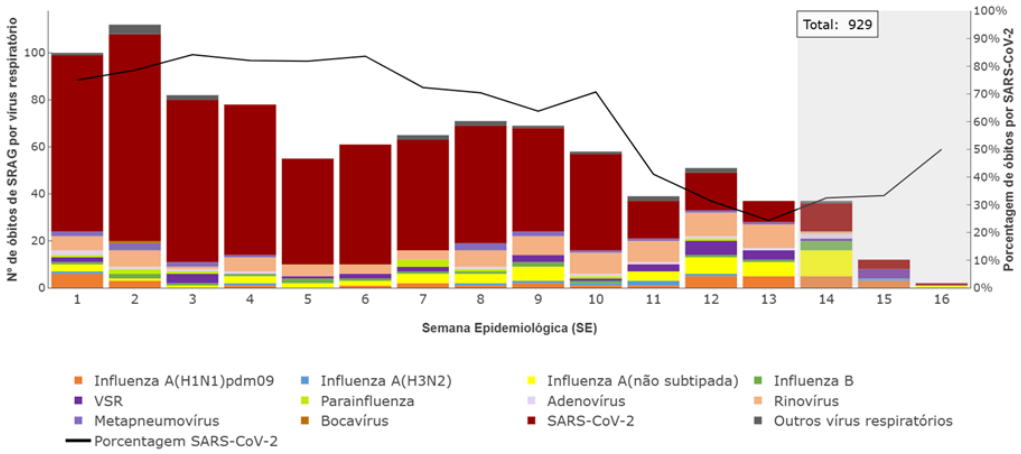
Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

3.2. **Situação Epidemiológica - Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**

Na vigilância de SRAG, foram notificados 18.262 casos hospitalizados por vírus respiratório e 929 óbitos em 2025, até a SE 16, com identificação de vírus respiratórios (Fig. D).

Figura D. Casos e óbitos de SRAG por vírus respiratórios, segund o Semana Epidemiológica dos primeiros sintomas. Brasil, 2025 até a SE 16.

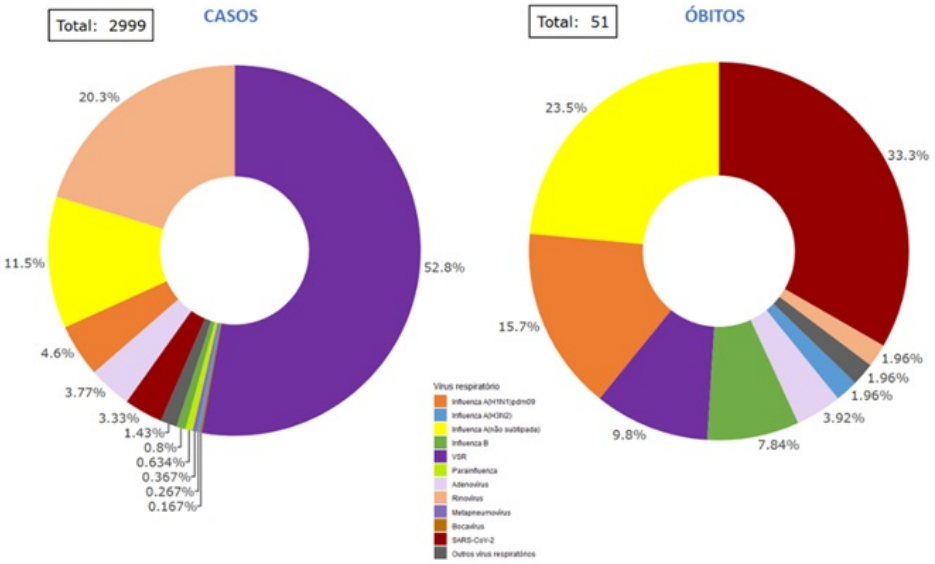




Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

Nas últimas semanas (SE 14 a 16) o predomínio foi de VSR (53%), rinovírus (20%) e influenza A (11%). Quanto aos óbitos por SRAG, no mesmo período, destaque para covid-19 (33%), influenza A (24%) e influenza A H1N1 (16%), com aumento relevante de casos e óbitos por influenza A na última semana (Fig. E).

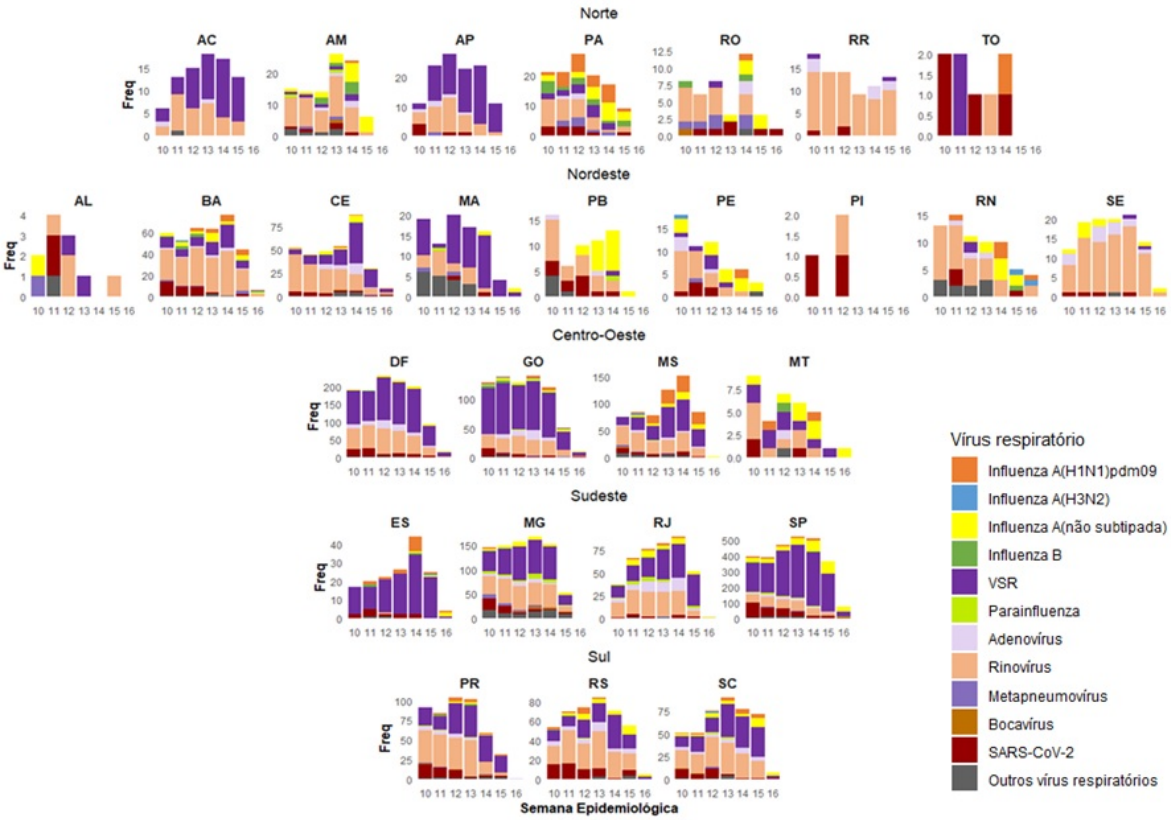
Figura E. Casos e óbitos de SRAG por vírus respiratórios entre as SE 14 e 16. Brasil, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

Entre os casos de SRAG hospitalizados, o vírus Influenza A, Rinovírus, SARS-CoV-2 e VSR, foram identificados em todas as regiões do Brasil desde o início de 2025 (Fig. F).

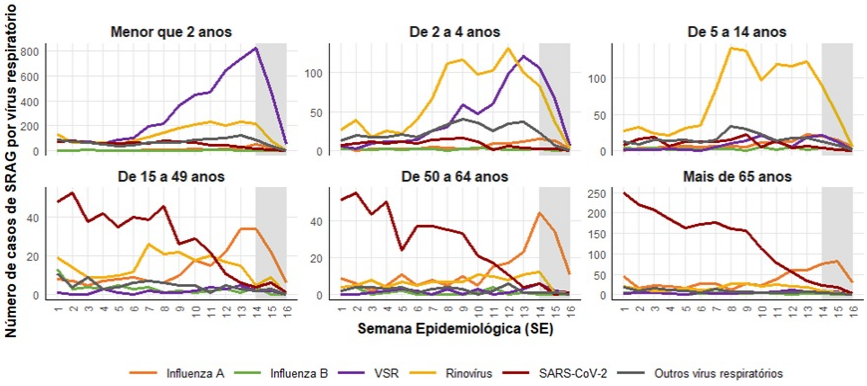
Figura F. Casos de SRAG por vírus respiratório, segundo Semana Epidemiológica dos primeiros sintomas e Unidades da Federação. Brasil, 2025 até a SE16.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

Destaca-se a elevada incidência de casos de VSR associados a Rinovírus em crianças menores de cinco anos, especialmente na faixa etária de até dois anos. Do total de casos de SRAG confirmados para VSR (n = 5.818) até a SE 16 de 2025, 95% (n = 5.559) ocorreram em crianças com menos de cinco anos, dos quais 87% (n = 4.881) foram notificados em menores de dois anos. Entre os adultos jovens, adultos e idosos, o predomínio até a SE 9 e 10, foi SARS-CoV-2, a partir da SE 10 e 11, destaca-se Influenza A, que no atual cenário está com alta incidência no Brasil (Fig. G).

Figura G. Casos de SRAG por vírus respiratório, segundo Semana Epidemiológica dos primeiros sintomas e faixa etária. Brasil, 2025 até a SE16.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 22/04/2025, dados sujeitos à alteração.

3.3. **Vigilância Laboratorial**

Insumos estratégicos para identificação dos vírus respiratórios por biologia molecular são adquiridos pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública - CGLAB/SVSA e distribuídos para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e Laboratórios de Referência (Centros Nacionais de Influenza). Atualmente, estão sendo distribuídos kits de RT-PCR Multiplex que detectam simultaneamente SARS- Cov-2, influenza A, Influenza B, Rinovíurs, Adenovírus, Metapneumovírus e Vírus Sincicial Respiratório e kits de RT-PCR triplex que detectam SARS-CoV-2, Influenza A e Influenza B. Os kits são utilizados para a pesquisa dos vírus respiratórios para todas as amostras coletadas de pacientes com SG e SRAG. Foram distribuídas um total de 689.408 reações de janeiro a abril de 2025.

Também são distribuídos aos laboratórios da rede, oligonucleotídeos (primers e sondas) para a pesquisa por RT-PCR *in house* de outros vírus (bocavírus, parainfluenza, enterovírus e demais coronavírus sazonais) e para subtipagem de influenza A H1 e Influenza A H3. Em 2025 serão distribuídas aproximadamente 234.000 reações.

A distribuição dos insumos é feita por demanda dos laboratórios e em consonância com o monitoramento periódico das solicitações e realizações dos exames pelo sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

3.4. **Medidas de Prevenção e Controle**

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

Reitera-se a importância da notificação oportuna dos casos de SG das unidades sentinelas e dos casos de SRAG hospitalizados no SIVEP-Gripe, uma vez que, por meio dos dados notificados e da análise, é possível monitorar a situação epidemiológica. A subnotificação de casos ou atraso no registro de casos nos sistemas oficiais do MS, dificultam a real compreensão da situação epidemiológica e podem interferir na tomada de decisões oportunas por parte dos gestores.

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

Para redução da transmissibilidade de vírus respiratórios, além da vacinação, o MS continua reforçando a importância da adoção do conjunto de medidas não farmacológicas de prevenção e controle, que devem ser utilizadas de forma integrada e incluem: isolamento de casos suspeitos e confirmados, distanciamento físico, uso de máscaras; etiqueta respiratória; higienização das mãos com álcool 70% ou água e sabão; ventilação adequada, limpeza e desinfecção de ambientes. Pessoas com síndrome gripal devem evitar contato direto com outras pessoas, principalmente aquelas com risco para agravamento por influenza, VSR ou covid-19, evitando aglomerações e ambientes coletivos. Informações detalhadas podem ser consultadas no Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública: 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.

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

O manejo clínico adequado dos casos de SG e SRAG são importantes para diminuir o risco de desenvolver complicações que podem resultar em hospitalização prolongada, incapacidade temporária ou permanente e óbitos. Neste contexto, ressalta-se que tratamentos medicamentosos estão disponíveis no SUS para tratamento da covid-19 e influenza. O antiviral nirmatrelvir/ritonavir está disponível no SUS para tratamento da covid-19 leve e moderada, para pessoas acima de 65 anos ou imunocomprometidos nos primeiros 05 dias de sintomas. O medicamento é dispensado mediante receita simples em duas vias. Demais informações podem ser acessadas no guia de uso do antiviral, disponível em: https://bit.ly/guia-uso-nirmatrelvir-ritonavir-nov-2022.

Para os casos de infecção pelo vírus influenza, o MS disponibiliza o antiviral fosfato de osetalmivir para tratamento dos pacientes elegíveis, o qual deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas. Atualmente, o MS recomenda o uso do antiviral para todos os casos de SRAG e casos de SG associados com condições ou fatores de risco para complicações por influenza. Todas as orientações relacionadas ao manejo e tratamento de casos, estão disponíveis no guia de manejo e tratamento de influenza 2023: https://bit.ly/guia-manejo-tratamento-influenza-2023.

A vacinação contra a influenza e a Covid-19 representa a principal medida de prevenção para reduzir o risco de infecção, agravamentos e óbitos associados a essas doenças. Além da proteção individual, a vacinação contribui significativamente para a diminuição da circulação viral na comunidade, beneficiando especialmente pessoas com fatores ou condições de risco, que exigem estratégias específicas de vigilância e controle, conforme a gravidade clínica e o potencial epidemiológico dos casos. Atualmente, está disponível a **"Estratégia de Vacinação contra a Influenza nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste – 2025"**, o informe detalhado sobre a iniciativa, esta acessível por meio do link: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/estrategia-de-vacinacao-contra-a-influenza-na-regiao-nordeste-centro-oeste-sul-e-sudeste-2025.

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

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

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

As medidas de prevenção também devem considerar as relações entre saúde e condições de vida e dos determinantes sociais em saúde. Entre os determinantes sociais relacionados positivamente com o aumento da mortalidade e morbidade por doenças respiratórias, encontram-se tipo de ocupação, educação, renda e habitação, que aumentaram a prevalência dos sintomas respiratórios, assim como o risco de morrer por doenças pulmonares.

Os determinantes sociais exercem influência sobre a variação espacial das taxas de internação por doenças respiratórias, ou seja, o risco de admissão hospitalar ou maior gravidade dessas doenças é mais elevado nos grupos populacionais que possuem os piores indicadores socioeconômicos, como baixa renda e escolaridade, tanto para doenças respiratórias crônicas, como asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), quanto infecciosas, como pneumonia. Assim sendo, os determinantes sociais são importantes na determinação tanto da distribuição das doenças infecciosas quanto das doenças crônicas não transmissíveis, embora os mecanismos de ação e consequências possam diferir.

Vale destacar a associação positiva entre aglomeração intradomiciliar e estas taxas, considerando o indicador de aglomeração a porcentagem de residências com mais de uma pessoa por quarto. Além de refletir o status socioeconômico, a aglomeração também representa fatores que estão diretamente envolvidos na etiologia da doença, pois a maior concentração de residentes na casa atua como fator de risco pela maior possibilidade de transmissão de patógenos através de gotículas respiratórias[1].

3.5. Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade. Um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e integralidade do cuidado, o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Isto posto, reforça-se o importante papel da APS, por poder ofertar serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção[2].

Durante o período de maior circulação de vírus respiratórios e o consequente aumento da demanda de atendimentos de casos de SG e casos de SRAG hospitalizado, é fundamental estabelecer e implementar protocolos e fluxos de manejo de casos, de forma ordenada e articulada com os demais pontos da RAS, em especial 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 precisa considerar a previsão e disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos, ampliação da oferta de apoio diagnóstico (conforme necessário), estabelecimento de fluxos e unidades de referência e contrarreferência, além de eficiência da Central de Regulação de Leitos.

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

3.5.1. Atenção Primária à Saúde (APS)

3.5.1.1. **Atualizar e qualificar os cadastros individuais e familiares, com reconhecimento do território e das necessidades de saúde da população adscrita.** Essa ação deve ser priorizada, pois permite identificar e estratificar grupos de risco, mapear usuários sintomáticos, planejar visitas domiciliares e ações de monitoramento. Cadastros atualizados fortalecem o vínculo com as equipes e possibilitam vigilância ativa e planejamento territorial eficaz.

3.5.1.2. **Organizar o acesso e os fluxos assistenciais, com definição clara de protocolos e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.** É fundamental garantir triagem qualificada, classificação de risco e encaminhamento oportuno dos usuários, com integração entre APS, Rede de Urgência e Emergência e Atenção Especializada.

3.5.1.3. **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 estratificação de risco e orientar o manejo adequado, evitando agravamentos e sobrecarga de outros níveis de atenção.

3.5.1.4. **Qualificar as equipes da APS para o diagnóstico, manejo e seguimento clínico de casos de SG e 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.

3.5.1.5. **Assegurar o encaminhamento ágil e criterioso dos casos graves para unidades de referência da Atenção Especializada, conforme os fluxos previamente estabelecidos.** A atuação coordenada da Central de Regulação e o conhecimento dos critérios de referência são essenciais para garantir maior resolutividade e oportunidade do cuidado.

3.5.1.6. **Assegurar a disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos e apoio diagnóstico.** Deve-se garantir a previsão e a disponibilidade de recursos necessários para atender a demanda crescente por atendimentos, mantendo a capacidade de resposta da APS frente ao aumento de casos.

3.5.1.7. **Monitorar os casos leves de SG e realizar o seguimento dos pacientes com alta hospitalar por SRAG.** A APS deve realizar o acompanhamento dos casos leves, promovendo a continuidade do cuidado e prevenindo complicações pós-alta, garantindo um suporte constante para a recuperação dos pacientes.

3.5.1.8. **Intensificar ações de vacinação para grupos prioritários e profissionais de saúde, com busca ativa de não vacinados.** É necessário intensificar a vacinação de grupos prioritários (como crianças, idosos, gestantes e pessoas com comorbidades) e garantir que todos os profissionais de saúde estejam vacinados, como medida de proteção coletiva e individual.

3.5.1.9. **Desenvolver ações de educação em saúde voltadas à prevenção de síndromes respiratórias.** Devem ser promovidas ações educativas sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória e medidas

para evitar aglomerações e isolamento físico, quando couber, visando à conscientização da população e a redução da propagação do vírus.

3.5.1.10. **Utilizar ferramentas de telemonitoramento e fortalecer as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).** As ferramentas de telemonitoramento devem ser utilizadas para acompanhar casos remotamente, complementando a atenção presencial. Além disso, as visitas domiciliares devem ser reforçadas, com os ACS atuando como agentes chave no monitoramento contínuo dos usuários e no cuidado longitudinal.

3.5.2. Saúde indígena

Diante do atual cenário epidemiológico, recomenda-se que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) intensifiquem as ações de vigilância e assistência à covid-19, influenza e outros vírus respiratórios, com foco especial nas populações mais vulneráveis. As ações devem seguir rigorosamente as diretrizes do Guia de Vigilância Integrada[3], priorizando a vigilância ativa para detecção precoce de casos e surtos, além do fortalecimento da vacinação e de medidas não farmacológicas de prevenção e controle. O Ministério da Saúde, por meio da SESAI, continuará prestando suporte técnico, fornecendo insumos e participando do Comitê de Monitoramento de Eventos, visando mitigar os impactos dessas infecções e fortalecer a resposta às emergências de saúde pública nos territórios indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

O acesso ao painel covid-19 no SasiSUS, com dados atualizados mensalmente através das informações notificadas na Plataforma de Emergências em Saúde Indígena pelos 34 DSEI para os anos de 2020 até o presente momento, se encontra em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/paineis/covid-19-saude-indigena.

3.5.2.1. São orientações aos DSEI:

Seguir os fluxos estabelecidos de preparação, vigilância e resposta apresentados na Nota Técnica nº 5/2025-COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS (0045840802) acerca da vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública e orientar fluxos para atuação nos territórios indígenas assistidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), acerca dos eixos de:

a) organização e planejamento dos processos administrativos e das ações preventivas;

b) notificação, alerta e monitoramento;

c) organização da Assistência à Saúde;

d) cumprimento de protocolos, medidas não farmacológicas e afastamento de profissionais;

e) manejo de casos e fluxos assistenciais;

f) orientações para aquisição e distribuição de insumos estratégicos.

3.5.2.2. Entre as principais orientações acerca destas diretrizes, a SESAI destaca:

a) monitorar continuamente o cenário epidemiológico das SG e da SRAG nas áreas assistidas pelos DSEI, municípios, UF e unidades de saúde estratégicas, analisando dados considerando as dimensões de pessoa, tempo e espaço. Adotar instrumentos de monitoramento como painéis, histogramas, mapas, diagramas de controle e tabelas para a apresentação dos quantitativos de casos e indicadores epidemiológicos, incluindo taxas de incidência, mortalidade e letalidade;

b) emitir alertas de risco e orientar a intensificação das ações nos Polos Base e microáreas, em conformidade com os fluxos estabelecidos pela Rede dos Centros de Informações Estratégicas e de Vigilância em Saúde (CIEVS) e pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH);

c) realizar o matriciamento/treinamento das equipes de saúde, oferecendo a preparação necessária para o enfrentamento das demandas locais, incluindo a apresentação detalhada da situação epidemiológica atual e os direcionamentos operacionais, bem como orientações clínico-epidemiológicas;

d) promover a organização e as condições necessárias para que as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) possam implementar estratégias sistemáticas de rastreamento de contatos, realizar a busca ativa de casos suspeitos ou confirmados e desenvolver ações focadas na ampliação da cobertura vacinal;

e) programar a intensificação das atividades de imunização nos territórios indígenas e nas Casai, com ênfase na ampliação das coberturas vacinais, busca ativa vacinal e na administração das doses de reforço para covid-19, Influenza e pneumocócicas;

f) garantir o encaminhamento imediato de casos graves às unidades de saúde de referência, mantendo medidas de isolamento, transporte sanitário e comunicação com as equipes de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

g) fortalecer a aplicação do Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas de Populações Isoladas e de Recente Contato (PIRC) nos Polos Base de referência, garantindo a execução de medidas preventivas e de controle destinadas à proteção dessas populações;

h) realizar a aplicação de testes rápidos de antígeno e promover a articulação com unidades laboratoriais de referência e Diasi/Coasi para a coleta de amostras para execução de testagem pelo método de RT-PCR para covid-19 e outros vírus respiratórios (Painel Viral), conforme orientação do Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em

saúde pública[3];

i) promover de forma ativa ações educativas para o reforço das orientações de prevenção, incentivando práticas essenciais como o uso de máscara, higienização das mãos, vacinação, adesão ao tratamento, e promover o esclarecimento de notícias falsas (*fake news*) relacionadas à vacinação e à atenção à saúde.

3.5.3. Atenção às Urgências e Emergências e Atenção Hospitalar

3.5.3.1. **Comunicação efetiva e articulação contínua com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde possibilitando o planejamento e a execução de ações de vigilância, prevenção, tratamento adequado e seguimento dos pacientes.** O trabalho em rede é essencial para o enfrentamento da doença com protagonismo da APS na coordenação do cuidado. É importante que as unidades de atenção pré-hospitalar fixas e móveis e atenção hospitalar mantenham uma comunicação efetiva com a APS, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os Cuidados Paliativos, a Vigilância em Saúde e os demais componentes da RAS. Além das medidas preventivas e do manejo clínico adequado e oportuno dos pacientes, a articulação em rede é essencial para garantir o acompanhamento após a alta hospitalar, principalmente dos casos mais graves, em pacientes com doenças crônicas, em situação de vulnerabilidade social ou pertencentes a grupos de maior risco.

3.5.3.2. **Planejamento, organização e uso adequado de recursos**. Elaborar Plano de Contingência com respostas aos diferentes cenários epidemiológicos e avaliar a necessidade de ampliação temporária das equipes com contratações emergenciais. Analisar a capacidade atual de leitos e equipamentos (ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos, bomba de infusão, etc); realizar a revisão dos estoques de medicamentos, oxigênio e EPIs a fim de garantir a disponibilidade destes conforme a demanda estimada de atendimentos. Ademais, conforme o cenário epidemiológico, deve-se avaliar a possibilidade de suspensão dos atendimentos hospitalares eletivos.

3.5.3.3. **Educação Permanente em rede.** Tendo em vista a importância do trabalho em rede, torna-se essencial que haja planejamento integrado das ações, a implementação de protocolos adequados e a qualificação dos profissionais em todos os pontos de atenção e vigilância, visando à pactuação e execução coordenada das ações, de acordo com as atribuições e especificidades de cada unidade ou serviço. Além disso, é necessário investir na qualificação e na educação continuada dos profissionais de saúde, especialmente em relação à classificação de risco, diagnóstico, manejo e acompanhamento clínico dos casos de SG e SRAG.

3.5.3.4. **Organização do acesso e fluxos internos nas unidades, com medidas preventivas de higiene, ventilação do ambiente, distanciamento social, e isolamento, sempre que possível, dos usuários sintomáticos.** Recomenda-se fornecer máscara para os pacientes com sintomas respiratórios; definir áreas físicas específicas (áreas de espera, alas de observação, salas de emergência) para o atendimento exclusivo dos pacientes com SG e SRAG reforçando as medidas de controle de infecções; garantir fluxos separados para os pacientes com sintomas respiratórios que procuram o serviço, com sinalização adequada. Evitar deslocamentos desnecessários dentro das unidades para reduzir o risco de contágio entre pacientes e profissionais de saúde.

3.5.3.5. **Implementação de protocolos assistenciais**. Implementar protocolos de atendimento e de manejo clínico baseados em evidências científicas, visando garantir a qualidade da assistência prestada e desfechos clínicos favoráveis; reforçar junto às equipes assistenciais os protocolos de higiene das mãos, uso correto dos EPI´s (máscaras, *faceshield*, etc), distanciamento social e limpeza rigorosa das superfícies.

3.5.3.6. **Promoção de acesso qualificado aos usuários sintomáticos, com classificação de risco.** Deve-se orientar aos usuários quanto às unidades de referência em urgência e emergência para atendimento inicial – Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, portas de entrada hospitalares e SAMU 192 –, segundo a gravidade dos sintomas, reiterando a importância da APS no atendimento à demanda espontânea e tratamento dos pacientes com sintomas leves, bem como o primeiro atendimento e o encaminhamento dos casos urgentes que busquem as Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais devem estar preparados para identificar os sinais de alerta, com especial atenção aos grupos de risco; realizar a classificação de risco adequada, conforme protocolo implementado; e promover atendimento em tempo oportuno segundo a gravidade de cada caso.

3.5.3.7. **Gestão do cuidado com equipe multiprofissional.** Promover a discussão dos casos em equipe multiprofissional a fim de 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 de terapia intensiva (UTI), visando garantir uma assistência adequada e a otimização dos recursos disponíveis.

3.5.3.8. **Planejamento da alta hospitalar.** Promover altas precoces com monitoramento nos hospitais e conclusão das terapias de menor complexidade em domicílio; estabelecer equipes de conexão com o SAD para desospitalização; preparar os serviços de reabilitação para o aumento da demanda pós-alta, melhorando a comunicação entre os serviços e buscando garantir o tempo oportuno para início da reabilitação.

3.5.3.9. **Regulação interna e gestão dos leitos.** Implementar um sistema eficiente de gestão de leitos, que permita o monitoramento em tempo real da disponibilidade de leitos e a alocação adequada de pacientes, o que inclui garantir que todos os leitos estejam operacionais e em condições de uso. Identificar áreas de ociosidade e desenvolver estratégias para aumentar a capacidade conforme necessário e disponibilizar e converter leitos para um maior nível de complexidade, conforme o risco clínico e a dependência de cuidados de enfermagem. Na atenção hospitalar, a organização do Núcleo Interno de Regulação (NIR), responsável pelo gerenciamento centralizado de leitos, é fundamental para garantir uma resposta eficiente diante de momentos de alta demanda. Para otimizar o serviço, é importante atribuir ao NIR as seguintes responsabilidades mínimas:

a) monitorar continuamente a disponibilidade de leitos em todas as unidades de saúde do serviço, incluindo a manutenção dos dados sobre leitos disponíveis e ocupação atual atualizados, bem como a previsão de disponibilidade futura;

b) estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;

c) promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;

d) apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;

e) relatar diariamente o número de pacientes aguardando hospitalização, direcionando-os para o serviço adequado conforme a complexidade do caso;

f) 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;

g) gerenciar, em conjunto com os coordenadores dos serviços clínicos, a alta dos pacientes de forma ágil, mantendo registros dos dias de permanência e indicadores hospitalares;

h) coordenar, junto à APS ou a SAD, a saída dos pacientes em recuperação para assistência domiciliar, quando indicado

i) fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;

3.5.3.10. **Encaminhamento dos casos graves para os serviços de referência da Atenção Especializada, conforme fluxos estabelecidos previamente.** Realizar as solicitações de encaminhamento dos casos graves, em tempo hábil, conforme os critérios de referência. Monitorar as solicitações e atualizar os dados da avaliação clínica dos pacientes, segundo corresponda, 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 pontos de atenção da RAS, com o objetivo de definir, organizar e acompanhar o fluxo de usuários e o acesso aos serviços de saúde. Estabelecer uma rede de comunicação eficaz entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) é fundamental para garantir que os usuários tenham acesso oportuno e adequado aos recursos necessários.

3.5.3.11. **Promoção de ações educativas para a prevenção de síndromes respiratórias.** A comunicação sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória e medidas de distanciamento social dos sintomáticos é importante em todos os pontos de atenção à saúde, tendo em vista a conscientização da população para a redução da transmissão viral.

3.5.3.12. **Recomendação e incentivo à vacinação.** Garantir que os profissionais da assistência sejam vacinados, bem como recomendar a vacinação aos pacientes dos grupos prioritários que forem atendidos por outras queixas e/ou patologias (sem síndrome gripal), conforme avaliação clínica e após a alta ou resolução do quadro que motivou o atendimento de urgência.

3.5.3.13. **Monitoramento de indicadores**. Manter registros de dados e realizar análises para avaliação, monitoramento e planejamento das ações. É importante que, minimamente, sejam registrados e analisados os dados referente ao número de atendimentos e as proporções segundo a faixa etária, classificação de risco, fatores de risco e vulnerabilidades; percentagem de encaminhamentos, transferências e/ou internações, internações em leito de UTI, segundo corresponda; e tempo médio de permanência.

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

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

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

O MS tem se empenhado em buscar alternativas para estruturar as unidades hospitalares e fornecer instrumentos aos gestores de saúde locais e regionais, a fim de atender às demandas da população brasileira. Com esse objetivo, foi publicada a Portaria GM/MS nº 6.914, de 5 de maio de 2025, que institui, de forma excepcional e temporária, um incentivo financeiro de custeio para o atendimento de crianças com SRAG na Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

1. Ofício do Gestor de Saúde;

2. Plano de Ação Estadual de Enfrentamento à SRAG Pediátrica, aprovado em CIB;

3. Decreto de declaração da situação de emergência em saúde pública do município, do Estado ou do Distrito Federal;

4. Declaração do Gestor sobre a existência de equipamentos e recursos humanos disponíveis para o funcionamento dos leitos a serem ampliados.

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

3.5.3.15. 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 uma 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 do PMeC, multiprofissionais, permite o acompanhamento clínico e funcional de pacientes com quadros respiratórios agudos atendidos em UPA, substituindo internação hospitalar, quando possível, por meio de monitoramento domiciliar, oxigenoterapia, vigilância de sinais de agravamento e 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 continuidade do cuidado, prevenção de reinternações e recuperação da autonomia.

Dessa forma, equipes de atenção hospitalar e 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.

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 como oximetria de pulso, pressão arterial, frequência cardíaca e nível de consciência, prevenção da exposição ao tabagismo passivo; manutenção de alimentação adequada e saudável à 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 procedimentos mais complexos, como a manutenção de vias aéreas pérvias.

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

3.6. Comunicação e Educação em saúde

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

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

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

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

4. CONCLUSÃO

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

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

5. REFERÊNCIAS

[1] ANTUNES, Fernanda Pedro; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; PAIM, Jairnilson Silva; CRUZ, Álvaro; SILVA, Ligia Maria Vieira da; BARRETO, Mauricio. Social determinants of intra-urban differentials of admissions by respiratory diseases in Salvador (BA), Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 4, p. 892-902, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060003.

[2] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 08 maio 2025.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. 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: 08 maio 2025.

[4] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartaz precauções. Brasília, DF: Anvisa, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf. Acesso em: 08 maio 2025.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Manejo e Tratamento de Influenza 2023. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: https://bit.ly/guia-manejo-tratamento-influenza-2023. Acesso em: 8 maio 2025.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de vacinação contra a influenza: regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste | 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/estrategia-de-vacinacao-contra-a-influenza-na-regiao-nordeste-centro-oeste-sul-e-sudeste-2025. Acesso em: 8 maio 2025.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco: Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_nirmatrelvir_ritonavir_covid19_altorisco.pdf. Acesso em: abr. 2025.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Guia de Vigilância da Influenza Aviária em Humanos. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria. Acesso em: 8 maio 2025.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência **.** Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

[10] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Recomendações para a reorganização e expansão progressiva dos serviços de saúde para resposta à pandemia de COVID-19: Documento técnico de trabalho. 2020, mar. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOVID1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 8 maio 2025.

[11] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Africa. Prevenção e comunicação dos riscos. WHO, [202-]. Disponível em : https://www.afro.who.int/sites/default/files/Covid-19/Techincal%20documents/PREVEN%C3%87%C3%83O%20E%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20DOS%20RISCOS%20.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

ANA LUIZA FERREIRA RODRIGUES CALDAS
Secretária de Atenção Primária à Saúde

MOZART JULIO TABOSA SALES
Secretário de Atenção Especializada à Saúde

RICARDO WEIBE NASCIMENTO COSTA
Secretário de Saúde Indígena

FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR
Secretário de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto

Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales**, **Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 20/05/2025, às 10:58, 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 20/05/2025, às 15:25, 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 **Ricardo Weibe Nascimento Costa**, **Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 21/05/2025, às 15:15, 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 **Fabiano Geraldo Pimenta Junior**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto(a)**, em 21/05/2025, às 18:50, 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 **0047629023** e o código CRC **BCBADBD6**.

Esplanada dos Ministérios, Bloco G 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
saude.gov.br