**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MATO GROSSO**

**NOTA TÉCNICA DO CRM-MT Nº 05/2025**

(Câmara Técnica de Clínica Médica).

**ASSUNTO:** Aumento do número de casos de Síndrome Respiratória Aguda no Estado de Mato Grosso, associados ao importante do número de óbitos.

Documento realizado pela Câmara Técnica de Clínica Médica de Mato Grosso, após discussão sobre o expressivo aumento de casos de **Síndrome Respiratória Aguda, associado a óbitos**, nos mais variados municípios do Estado.

**INTRODUÇÃO:**

As Síndromes Respiratórias Agudas (SRAs) representam um conjunto de condições clínicas caracterizadas pelo surgimento súbito de sintomas respiratórios, como febre, tosse, dor de garganta, dispneia e, em casos graves, insuficiência respiratória. Essas síndromes são causadas por diversos agentes etiológicos, com destaque para os vírus respiratórios sazonais como Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Parainfluenza, Adenovírus, Metapneumovírus humano e, mais recentemente, o SARS-CoV-2.

O impacto das SRAs é amplo e multifatorial. Do ponto de vista clínico, essas infecções acometem prioritariamente **grupos vulneráveis como crianças menores de cinco anos, idosos, gestantes, puérperas, imunossuprimidos e pessoas com doenças crônicas,** sendo causa frequente de internações hospitalares, agravamento de comorbidades e mortalidade. No contexto da saúde pública, a alta transmissibilidade e sazonalidade desses vírus representam desafios significativos para os serviços de vigilância epidemiológica, redes assistenciais e campanhas de prevenção.

Epidemias e pandemias associadas às SRAs, como as observadas com os vírus **Influenza H1N1 em 2009 e SARS-CoV-2 em 2020,** têm evidenciado o potencial dessas doenças para sobrecarregar os sistemas de saúde, desorganizar a logística de serviços e gerar perdas econômicas e sociais importantes. Além disso, a desinformação e a baixa adesão a medidas de prevenção e vacinação dificultam o controle efetivo dessas enfermidades, ampliando suas repercussões negativas sobre a sociedade.

No campo das políticas públicas, as SRAs exigem uma abordagem intersetorial e contínua, que inclua: fortalecimento da vigilância laboratorial e sindrômica; garantia do acesso equitativo a vacinas e **antivirais como o Oseltamivir para H1N1 e Nirmatrelvir/Ritonavir para COVID**; implementação de estratégias de comunicação eficazes; ampliação da cobertura vacinal anual contra influenza; e desenvolvimento de planos de contingência para períodos de sazonalidade aumentada. A articulação entre os níveis federal, estadual e municipal é essencial para o monitoramento da circulação viral, detecção precoce de surtos, e resposta rápida e coordenada.

Em 2024, o país registrou um aumento significativo nos casos de SRA, especialmente durante os meses de maior incidência (março a agosto). Dados do Ministério da Saúde indicam que a positividade para **Influenza A** começou a mostrar sinais de estabilidade em patamares médios, enquanto a positividade para Influenza B continuou em queda. No estado de Mato Grosso, observou-se um padrão semelhante, com aumento de casos de SRA durante o mesmo período. A vigilância epidemiológica estadual continua monitorando a circulação desses vírus, com coleta de amostras para diagnóstico laboratorial e análise de tendências.

Por fim, as SRAs também colocam em evidência a necessidade de investimentos estruturais no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na atenção primária, vigilância epidemiológica, laboratórios de saúde pública e qualificação da força de trabalho em saúde. O enfrentamento adequado dessas síndromes demanda não apenas ações emergenciais, mas também políticas sustentáveis, baseadas em evidências científicas e no compromisso com a equidade em saúde.

**Esta nota técnica tem como objetivo orientar profissionais de saúde sobre os critérios clínicos, exames laboratoriais indicados, medidas terapêuticas e estratégias de controle**, com base nas diretrizes atuais do Ministério da Saúde, CDC, OMS e sociedades científicas nacionais.

Para tanto, será seguido o seguinte **cronograma de abordagem**:

1. Exames complementares e adicionais para o diagnóstico
2. Atribuição da Atenção Primária (fundamentos normativos e fluxograma)
3. Manejo clínico das infecções respiratórias virais (influenza a, b, vsr, parainfluenza)
4. Prevenção
5. Principais síndromes respiratórias agudas
6. Período de maior pandemia
7. Sinais de gravidade
8. Informações adicionais

**1. EXAMES COMPLEMENTARES E ADICIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico das Síndromes Respiratórias Agudas (SRAs) baseia-se inicialmente na avaliação clínica e epidemiológica do paciente, porém, a confirmação etiológica e a definição da gravidade dependem da realização de exames complementares e laboratoriais. Esses exames têm papel fundamental tanto na diferenciação entre agentes virais e bacterianos quanto na identificação precoce de casos graves que necessitam de suporte intensivo.

A seguir, descreve-se a abordagem diagnóstica usual no Sistema Único de Saúde (SUS) e em instituições privadas:

* **Testes de Detecção Viral Direta**

**a) RT-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase com Transcrição Reversa):**

* **Finalidade**: Identificação direta de vírus respiratórios como Influenza A (H1N1, H3N2), Influenza B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Parainfluenza, Metapneumovírus e SARS-CoV-2;
* **Disponibilidade no SUS**: Realizado principalmente por laboratórios de referência estaduais (LACEN). Prioriza casos graves, surtos, hospitalizados e grupos de risco;
* **Instituições Privadas**: Ampla disponibilidade com resultados em 24/48 horas. Oferecem painéis multiplex para múltiplos vírus.

**b) Testes Rápidos de Antígeno:**

* **Finalidade**: Diagnóstico rápido de Influenza A/B e VSR;
* **SUS**: Disponíveis em algumas unidades de referência e prontos-socorros pediátricos. Utilizados principalmente em pediatria;
* **Privado**: Ampla oferta em laboratórios de análises clínicas com sensibilidade variável.
* **Exames de Imagem:**

**a) Radiografia de Tórax**

* **Finalidade**: Avaliação de infiltrados pulmonares, consolidações, sinais de pneumonia ou complicações;
* **SUS**: Disponível em UPAs, hospitais e centros de imagem;
* **Privado**: Acesso amplo e com emissão de laudos rápidos.

**b) Tomografia Computadorizada de Tórax (TC):**

* **Finalidade**: Avaliação de padrão de vidro fosco, consolidações multifocais e comprometimento intersticial, útil nos casos graves;
* **SUS**: Reservado para casos graves ou com suspeita de complicações. Limitado pela logística e regulação;
* **Privado**: Mais acessível, frequentemente utilizada para definição da extensão da doença.
* **Exames Laboratoriais Gerais:**

**a) Hemograma Completo:**

* **Utilidade**: Avaliação de leucocitose, linfopenia, plaquetopenia;
* **SUS e Privado**: Ampla disponibilidade.

**b) Proteína C-Reativa (PCR) e Procalcitonina:**

* **Utilidade**: Diferenciação entre infecções virais e bacterianas;
* **SUS**: PCR é mais comum. Procalcitonina, menos disponível;
* **Privado**: Ambos amplamente disponíveis.

**c) Gasometria Arterial:**

* **Finalidade**: Avaliação da oxigenação e equilíbrio ácido-base;
* **SUS**: Disponível em UPAs, hospitais, pronto-socorros e UTI;
* **Privado**: Disponível em prontos atendimentos.
* **Culturas e Sorologias:**

**a) Hemoculturas e Cultura de Secreção Respiratória:**

* **Utilidade**: Diagnóstico diferencial com infecção bacteriana.
* **SUS e Privado**: Utilizadas em casos internados e graves.

**b) Sorologias IgM/IgG:**

* **Utilidade**: Retrospectiva ou epidemiológica (pouco útil na fase aguda);
* **Privado**: Disponíveis, mas com uso limitado em SRAs agudas;
* **SUS**: Menor disponibilidade; não são exames de escolha.
* **Outros Testes em Casos Graves ou Complicados**
* **Função renal (ureia, creatinina)**: Avalia comprometimento sistêmico;
* **Provas de função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas)**: Avaliam toxicidade medicamentosa ou acometimento viral hepático;
* **D-dímero e ferritina**: Utilizados para avaliação de inflamação sistêmica grave, especialmente em SARS-CoV-2.

**Quadro 1 - Comparativo SUS vs. Privado**

| **Tipo de Exame** | **SUS** | **Instituições Privadas** |
| --- | --- | --- |
| RT-PCR para vírus respiratórios | Sim, via LACEN, com priorização | Sim, com painel ampliado |
| Teste rápido de antígeno | Limitado, mais comum para Influenza e VSR | Ampla oferta |
| Hemograma e PCR | Sim | Sim |
| Procalcitonina | Limitado | Sim |
| Radiografia de tórax | Sim | Sim |
| Tomografia de tórax | Em hospitais e via regulação | Amplo acesso |
| Gasometria | Hospitais e UPA | Sim |
| Cultura de secreção/hemocultura | Sim, em hospitais | Sim |

**EXAMES LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS**

**Quadro 2 - Exames Diretos para Detecção Viral**

| **Vírus** | **Exame Principal** | **Técnica / Amostra** | **Comentários** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Influenza A e B** | RT-PCR multiplex para Influenza A e B | Swab nasofaríngeo, aspirado nasal, lavado broncoalveolar | Padrão ouro para diagnóstico (alta sensibilidade e especificidade) |
|  | Teste rápido de antígeno (TRAg) | Swab nasal ou nasofaríngeo | Rápido, mas menor sensibilidade que PCR |
| **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** | RT-PCR para VSR | Swab nasal/nasofaríngeo | PCR tem maior sensibilidade; importante em pediatria e imunossuprimidos |
|  | Teste rápido de antígeno | Swab nasal/nasofaríngeo | Útil para triagem inicial |
| **SARS-CoV-2** | RT-PCR para SARS-CoV-2 | Swab nasofaríngeo, saliva | Padrão ouro para diagnóstico |
|  | Teste rápido de antígeno (TRAg) | Swab nasal ou nasofaríngeo | Útil em triagem e detecção rápida |
| **Parainfluenza** | RT-PCR para Parainfluenza | Swab nasofaríngeo | Diagnóstico mais preciso |
|  | Sorologia (em geral pouco usada) | Sangue | Raramente usada na prática clínica |

 **Quadro 3 - Exames Complementares para Avaliação Clínica e Seguimento**

| **Exame Laboratorial** | **Indicação / O que avalia** | **Aplicação clínica** |
| --- | --- | --- |
| Hemograma completo | Avaliar leucocitose ou leucopenia, linfopenia | Inflamação, complicações bacterianas associadas |
| Proteína C reativa (PCR) e Procalcitonina | Marcadores inflamatórios e bacterianos | Diferenciar pneumonia viral de bacteriana |
| Gasometria arterial | Avaliação da oxigenação e ventilação | Pacientes com insuficiência respiratória |
| Radiografia de tórax | Avaliar infiltrados pulmonares | Diagnóstico e monitoramento da pneumonia |
| Testes de função hepática e renal | Monitorar órgãos-alvo em casos graves | Avaliação para ajuste de medicamentos |

* **Outros Testes Específicos e Biomarcadores**
* **Sorologias (IgM, IgG)** para Influenza e Parainfluenza: pouco usadas na prática, podem ajudar em diagnóstico retrospectivo.
* **Painéis multiplex respiratórios (PCR multiplex)**: detectam vários vírus respiratórios simultaneamente, incluindo Influenza, VSR, Parainfluenza, Metapneumovírus, Adenovírus, entre outros. Utilizados em hospitais e centros especializados.
* **Cultura viral**: rara na prática clínica atual, usada para pesquisa.

**Quadro 4 - Resumo e Fluxo Diagnóstico**

| **Passo** | **Ação recomendada** |
| --- | --- |
| Suspeita clínica | Coleta de swab nasofaríngeo para RT-PCR ou teste rápido |
| Confirmação | RT-PCR (preferencial) para Influenza, SARS-CoV-2 e VSR |
| Avaliação clínica | Hemograma, PCR, gasometria, radiografia |
| Seguimento | Repetir exames conforme evolução clínica |

**Nota:** *As unidades de saúde (UBS, UPAs, Policlínicas e Pronto Socorros), sempre que possível, devem prontificar e facilitar a coleta dos exames supracitados, objetivando rapidez e prazos específicos. Além disso, deve-se realizar a notificação, monitorar os resultados enviados ao Laboratório Central –* ***LACEN MT.***

**2. ATRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (UBS):**

**O que o Ministério da Saúde determina:**  **Guia de Vigilância em Saúde**, o **Plano de Contingência Nacional para SRAG** e diversas **notas técnicas** do Ministério da Saúde indicam que:

* **Identificar precocemente casos de SRA** (incluindo COVID-19, Influenza, VSR etc.);
* **Classificar a gravidade** e fazer a estratificação de risco;
* **Iniciar o tratamento clínico de casos leves a moderados**;
* **Coletar exames quando indicado**, como o RT-PCR ou teste rápido para Influenza e SARS-CoV-2;
* **Encaminhar casos graves** (dispneia, saturação baixa, sinais de desconforto respiratório) para unidades de urgência/emergência ou hospitais de referência;
* **Registrar e notificar** casos suspeitos ou confirmados no sistema de vigilância (e-SUS Notifica, SIVEP-Gripe, etc.);
* **Orientar isolamento domiciliar** e medidas de prevenção para o paciente e contatos.

 **2.1 - Fundamento normativo:**

* **Ministério da Saúde.** Guia de Vigilância em Saúde – 6ª ed. Brasília, 2024.
* **Nota Técnica nº 30/2023 – CGARB/DEIDT/SVS/MS:** Orienta o manejo das síndromes gripais na Atenção Primária.
* **Plano de Contingência Nacional para COVID-19 e outras SRAGs (atualizado em 2024).**

**2.2 - Importância da UBS: Fluxograma de Atendimento de Síndrome Respiratória Aguda na UBS**

As UBS são a **porta de entrada prioritária do SUS** e fundamentais para a **descentralização do cuidado**, evitando a sobrecarga de UPAs e hospitais, além de favorecer o rastreio precoce e o bloqueio de surtos comunitários.

* **Paciente chega à UBS com sintomas respiratórios**
* Tosse
* Coriza
* Febre
* Dor de garganta
* Dispneia
* Cefaleia ou mialgia
* Obstrução nasal
* **Acolhimento e classificação de risco (acolhimento com escuta ativa)**
* Priorizar **uso de máscara** e manter distanciamento na sala de espera
* Verificar sinais de gravidade:
	+ **Saturação O₂ < 95%**
	+ **Dificuldade respiratória**
	+ **Tiragem intercostal**
	+ **Cianose**
	+ **Prostração ou sinais de toxemia**
* **Paciente sem sinais de gravidade → Caso leve a moderado**
* Avaliar comorbidades
* Solicitar exame diagnóstico se disponível:
	+ **Teste rápido antígeno para SARS-CoV-2 ou Influenza**
	+ **RT-PCR ou painel viral (se indicado e disponível)**
* Prescrever sintomáticos
* Avaliar necessidade de antiviral:
	+ **Oseltamivir** (início em até 48h do sintoma para influenza suspeita ou confirmada)
	+ **Nirmatrelvir/ritonavir** (inicio até 5 dias do inicio dos sintomas em covid leve a moderado sem uso de oxigênio e com comorbidades)
* **Orientar isolamento domiciliar** conforme o agente suspeito
* **Notificar no e-SUS Notifica**
* **Agendar retorno se houver piora ou persistência de sintomas**
* **Paciente com sinais de gravidade → Encaminhamento imediato**
* Encaminhar para UPA ou hospital de referência
* Garantir transporte seguro e comunicação prévia
* Registrar e **notificar no SIVEP-Gripe** como caso suspeito de SRAG
* Fornecer relatório clínico

**3.** **MANEJO CLÍNICO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS (INFLUENZA A, B, VSR, PARAINFLUENZA)**

* 1. **- Conduta Geral**
* Isolamento respiratório (máscara, ventilação, afastamento escolar/laboral)
* Hidratação adequada
* Controle térmico com antitérmicos
* Avaliação da gravidade clínica
* Acompanhamento de comorbidades (DPOC, DM, cardiopatias, imunossuprimidos)

**Nota:** *Segundo o Ministério da Saúde, a iniciação precoce do* ***Oseltamivir (Tamiflu®)*** *não depende da confirmação diagnóstica laboratorial.* ***Ele deve ser iniciado imediatamente em todos os pacientes com suspeita clínica de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) que pertençam a grupos de risco ou apresentem sinais de gravidade.***

 **3.2 - Tratamento antiviral -** **OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)**

É um inibidor da neuraminidase, eficaz contra **Influenza A e B**.

**➤ Indicações:**

* Casos suspeitos ou confirmados de Influenza com:
	+ Sintomas graves
	+ Fatores de risco para complicações
	+ Qualquer paciente internado com SRAG
	+ Profissionais de saúde sintomáticos
	+ Contato domiciliar de alto risco com sintomas

**Nota:** *Eficácia máxima se iniciado nas primeiras 48h, mas ainda é recomendado até 5-7 dias após início dos sintomas em casos graves.*

**Quadro 5 - Indicações para Início Imediato de Oseltamivir (Mesmo Sem Diagnóstico Confirmado)**

| **Grupo** | **Critério/Justificativa** |
| --- | --- |
| **Gestantes e puérperas** | Risco aumentado de complicações, independentemente da idade gestacional |
| **Crianças menores de 5 anos** | Imaturidade imunológica; alto risco de evolução para formas graves |
| **Idosos (≥ 60 anos)** | Maior risco de complicações respiratórias e mortalidade |
| **Pacientes com doenças crônicas** | Cardiopatia, pneumopatia, nefropatia, hepatopatia, diabetes, doenças neurológicas, etc. |
| **Imunossuprimidos** | Incluindo HIV, pacientes oncológicos, transplantados, usuários de imunossupressores |
| **Obesidade mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²)** | Associada a maior risco de SRAG e mortalidade |
| **Povos indígenas aldeados** | Maior vulnerabilidade social, imunológica e dificuldade de acesso à saúde |
| **Profissionais de saúde sintomáticos** | Risco de disseminação e papel essencial na resposta aos surtos |
| **População privada de liberdade / institucionalizados** | Ambientes fechados favorecem surtos e contágio rápido |
| **Contato domiciliar de caso grave ou confirmado** | Início precoce pode prevenir formas graves e disseminação |
| **Pacientes com síndrome gripal com sinais de gravidade** | Dispneia, saturação < 95%, sinais de insuficiência respiratória, prostração, etc. |
| **Pacientes hospitalizados com quadro respiratório agudo** | Mesmo que leve, iniciar Oseltamivir preventivamente |

Fonte: Ministério da Saúde 2025

**Nota:** *Mesmo* ***fora dos grupos de risco****, se o paciente apresentar* ***sinais de gravidade*** *(como dispneia, dessaturação, rebaixamento do nível de consciência, desidratação importante, prostração excessiva, etc.), o Oseltamivir deve ser iniciado* ***antes da confirmação laboratorial****.*

**3.3 - OUTROS ANTIVIRAIS**

* **Zanamivir** (inalatório): menos disponível no Brasil.
* **Peramivir** (IV): aprovado, mas uso restrito a hospitais.
* **Não há antiviral específico eficaz para**:
* VSR (exceto casos graves imunossuprimidos → uso de ribavirina aerosol, off-label)
* Parainfluenza (suporte clínico)

**Quadro 6 - OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)**

**Posologia e observações por faixa etária**

| **Grupo / Idade** | **Posologia de Oseltamivir** | **Tempo de Tratamento** | **Observações / Complicações** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lactentes < 1 ano** | 3 mg/kg/dose **2x/dia** | 5 dias | Uso autorizado pela ANVISA. Atenção a prematuridade e função renal. |
| **1 a 12 anos** (peso < 40kg) | <15 kg: 30 mg/dose15-23 kg: 45 mg/dose23-40 kg: 60 mg/dose**2x/dia** | 5 dias | Ajuste por peso; uso seguro. |
| **> 40 kg ou ≥12 anos (adultos)** | 75 mg **2x/dia** | 5 dias | Pode prolongar para 10 dias em imunossuprimidos. |
| **Grávidas e puérperas** | 75 mg **2x/dia** | 5 dias | Seguro em qualquer trimestre. |
| **Insuficiência renal** | Se ClCr <30 mL/min: 75 mg **1x/dia** | 5 dias | Ajustar dose. |
| **Hospitalizados graves** | Pode prolongar até **10 dias**, sob avaliação médica | 5 a 10 dias | Considerar via enteral ou IV em casos graves. |

Fonte: Ministério da Saúde 2025

**3.4 - Complicações e cuidados especiais**

* **Síndrome de Reye** (rara): associada ao uso de AAS em crianças com infecção viral.
* **Infecção bacteriana secundária** (pneumonia): atenção aos sinais de piora respiratória.
* **Eventos adversos ao Oseltamivir**: náuseas, vômitos, cefaleia; raramente alterações neuropsiquiátricas em crianças.

 **4. PREVENÇÃO**

**Quadro 7 - Esquema Vacinal para Síndromes Respiratórias Agudas – PNI (2025)**

| **Vacina** | **Agente Prevenido** | **Faixa Etária / Grupo** | **Número de Doses** | **Periodicidade** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Influenza (trivalente ou quadrivalente)** | Influenza A (H1N1, H3N2), B | < 6 anos (2x se 1ª vez), idosos, gestantes, comorbidades, profissionais de saúde | 1 dose anual (2 doses se < 9 anos e 1ª vez) | **Anual (campanha entre março e maio)** |
| **COVID-19 (Pfizer/Moderna/Bivalente)** | SARS-CoV-2 e variantes | ≥ 6 meses, com reforços específicos por grupo | 2 doses + reforços anuais | Conforme grupo de risco e idade |
| **VSR (Nirsevimabe)** | Vírus sincicial respiratório | Bebês < 6 meses ou < 2 anos com comorbidade | 1 dose por temporada | **Anual (época de sazonalidade)** |
| **DTPa / dTpa (gestantes)** | Bordetella pertussis (coqueluche) | Gestantes (a cada gestação) | 1 dose | A cada gestação, entre 27 e 36 sem. |
| **Pneumocócica 10V/13V/23V** | Streptococcus pneumoniae | Crianças < 5 anos, idosos, imunossuprimidos | 2 + reforço / ou 1 a 3 doses conforme grupo | Conforme idade e grupo |
| **Haemophilus influenzae tipo b (Hib)** | H. influenzae tipo b | Crianças < 5 anos (Pentavalente) | 3 + 1 reforço | Conforme esquema infantil |

Fonte: Ministério da Saúde 2025

**4.1 - OUTRAS FORMAS DE PREVENÇÃO:**

* **Higiene das Mãos:** A lavagem frequente das mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos é fundamental para prevenir infecções respiratórias. Quando não houver disponibilidade de água e sabão, o uso de desinfetantes à base de álcool (mínimo 60%) é recomendado. Essa prática reduz significativamente a transmissão de vírus respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2
* **2. Etiqueta Respiratória e Uso de Máscaras:** Cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar, preferencialmente com o antebraço ou lenço descartável, e o uso de máscaras em ambientes fechados ou com aglomeração são medidas eficazes para reduzir a disseminação de gotículas respiratórias.
* **3. Isolamento Social e Ventilação de Ambientes:** Evitar locais com aglomeração, manter o distanciamento físico e garantir a ventilação adequada dos ambientes são estratégias que diminuem o risco de transmissão de agentes infecciosos respiratórios.
* **4. Cuidados com Pacientes Hospitalizados:** Para pacientes em ventilação mecânica, a implementação de protocolos específicos, como a elevação da cabeceira entre 30º e 45º, higiene oral com antissépticos e monitoramento da pressão do cuff, são medidas que reduzem a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.
* **5. Estilo de Vida Saudável:** A prática regular de exercícios físicos moderados pode fortalecer o sistema imunológico, embora as evidências sobre sua eficácia na prevenção de infecções respiratórias agudas ainda sejam limitadas.
* **6. Suplementação de Vitamina D: Estudos indicam que a suplementação de vitamina D pode reduzir o risco de infecções respiratórias agudas,** especialmente em indivíduos com deficiência dessa vitamina.
* **7. Evitar Fatores de Risco Ambientais:** Evitar o tabagismo e a exposição a poluentes ambientais são medidas importantes, pois esses fatores aumentam a suscetibilidade a infecções respiratórias e agravam os sintomas
* **8. Educação e Conscientização:** Campanhas educativas que promovem práticas de higiene, uso correto de máscaras e conscientização sobre os sintomas das infecções respiratórias são essenciais para o controle e prevenção da SRA.

**Nota:** *A implementação combinada dessas medidas não farmacológicas é crucial para a prevenção eficaz da Síndrome Respiratória Aguda, especialmente em períodos de alta incidência de infecções respiratórias.*

**5. PRINCIPAIS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS**

**Quadro 8 -** **comparativo entre as principais síndromes respiratórias agudas**

| **Agente Etiológico** | **Sinais e Sintomas** | **Diagnóstico Laboratorial Principal** | **Tratamento** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Influenza A** | Febre alta súbita, mialgia intensa, cefaleia, tosse seca, dor de garganta, prostração | RT-PCR (painel viral respiratório) ou Teste rápido de antígeno | Oseltamivir nas primeiras 48h (principalmente em casos graves ou grupos de risco); suporte clínico |
| **Influenza B** | Similar ao Influenza A, mas geralmente com menor gravidade e menor associação com epidemias | RT-PCR ou Teste rápido de antígeno | Oseltamivir (mesmo protocolo do Influenza A); suporte clínico |
| **Parainfluenza (tipos 1-4)** | Febre baixa, tosse, rouquidão, estridor (comum em laringotraqueíte/croup em crianças) | RT-PCR para painel viral respiratório | Suporte clínico (hidratação, antitérmicos); corticoide e adrenalina inalatória em casos de laringite viral |
| **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** | Sibilância, tosse, febre, dificuldade respiratória, apneia (em lactentes), comum em bronquiolite | RT-PCR ou Teste rápido de antígeno nasal (especialmente em pediatria) | Suporte clínico (oxigenoterapia, hidratação); **palivizumabe** para profilaxia em grupos de risco (prematuros, cardiopatas) |
| **SARS-CoV-2 (COVID-19)** | Febre, tosse seca, dispneia, anosmia, fadiga, mialgia, cefaleia, sintomas gastrointestinais; casos graves: hipoxemia e SDRA | RT-PCR (padrão-ouro), teste de antígeno (menos sensível) | Suporte clínico; corticoide em casos graves (ex.: dexametasona), anticoagulação conforme protocolo, antivirais específicos (ex.: nirmatrelvir/ritonavir- em leve a moderado com comorbidades sem uso de oxigênio) |

**5.1 - Notas adicionais:**

* **RT-PCR** é considerado o padrão-ouro para quase todos esses vírus, pois detecta diretamente o RNA viral.
* O **painel viral respiratório** detecta múltiplos vírus simultaneamente e é útil em ambientes hospitalares.
* A maior parte dos vírus respiratórios tem curso **autolimitado**, sendo o **suporte clínico** o tratamento principal.
* Grupos de risco incluem: idosos, imunossuprimidos, crianças <2 anos, gestantes e pessoas com comorbidades.

**6. PERÍODO DE MAIOR EPIDEMIA**

Em Mato Grosso, a **época de maior circulação do vírus Influenza** ocorre tipicamente entre os meses de **março e agosto**, com picos mais intensos durante o outono e o início do inverno. Esse padrão é semelhante ao observado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, onde as temperaturas mais amenas favorecem a propagação de vírus respiratórios.

Diante desse cenário, é essencial que as campanhas de vacinação contra a gripe sejam realizadas **antes do início do período sazonal**, geralmente entre março e abril, para garantir a imunização da população antes do aumento da circulação viral.

Além disso, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao aumento dos casos de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** durante esse período, especialmente em grupos de risco como crianças, idosos e pessoas com comorbidades.

**7. SINAIS DE GRAVIDADE**

**Quadro 9 - Sinais de Gravidade da Síndrome Respiratória Viral Aguda**

| **Sinal** | **Descrição e Importância Clínica** |
| --- | --- |
| **Dispneia intensa ou taquipneia** | **Frequência respiratória aumentada (> 30 rpm em adultos, > 60 rpm em lactentes) indicando insuficiência respiratória.** |
| **Uso de musculatura acessória** | **Contração dos músculos do pescoço, tórax e abdome para auxiliar a respiração, sinal de esforço respiratório grave.** |
| **Cianose** | **Coloração azulada das mucosas e extremidades, sinal de hipóxia grave.** |
| **Saturação de O2 < 92% em ar ambiente** | **Hipoxemia que requer suplementação de oxigênio e monitoramento imediato.** |
| **Alteração do nível de consciência** | **Confusão, sonolência, agitação ou coma indicam insuficiência respiratória ou comprometimento neurológico.** |
| **Hipotensão ou sinais de choque** | **Pressão arterial baixa, extremidades frias, sudorese, indicando falência circulatória.** |
| **Febre alta persistente (> 39ºC) com piora clínica** | **Pode indicar superinfecção bacteriana ou complicação grave.** |
| **Incapacidade para alimentar-se ou beber líquidos (especialmente em crianças)** | **Risco de desidratação e agravamento do quadro geral.** |
| **Dor torácica intensa ou desconforto respiratório** | **Pode indicar complicações como pneumonia bacteriana associada ou embolia pulmonar.** |
| **Palidez cutânea e sudorese intensa** | **Indicam má perfusão tecidual.** |

Fonte: Ministério da Saúde 2025

**8. INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

**Notificação Compulsória da Influenza e Síndromes Gripais no Brasil: Realidade e Desafios**

**8.1. Contexto Legal e Normativo**

* No Brasil, a **notificação compulsória** das infecções por influenza A (incluindo H1N1, H3N2), influenza B e outras síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) é regulamentada pelo **Ministério da Saúde** através da **Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**, que instituiu a notificação imediata desses casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
* A notificação de casos suspeitos ou confirmados de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**, que inclui os casos graves de influenza, é obrigatória em todo território nacional para garantir monitoramento epidemiológico e resposta rápida.

**8.2. Abrangência e Importância da Notificação**

* A notificação permite o monitoramento em tempo real das infecções respiratórias, avaliação de surtos, detecção precoce de variantes virais e orientação das políticas públicas, como campanhas de vacinação, alocação de recursos e protocolos de manejo clínico.
* Além disso, a notificação auxilia na tomada de decisões durante períodos epidêmicos, inclusive em hospitais e unidades de saúde.

**8.3. Cobertura e Subnotificação no Brasil**

* Estudos e relatórios do **Ministério da Saúde** e pesquisas acadêmicas indicam que, apesar da obrigatoriedade, a notificação sofre de **subnotificação significativa** no Brasil.
* Segundo um estudo publicado na *Revista de Saúde Pública* (2021), a subnotificação está associada a fatores como:
	+ Falta de treinamento adequado dos profissionais de saúde para identificar e notificar casos.
	+ Infraestrutura limitada em unidades básicas e hospitais públicos, principalmente em regiões mais vulneráveis.
	+ Dificuldades no acesso a exames laboratoriais para confirmação, principalmente em áreas remotas.
	+ Sobrecarga do sistema de saúde em épocas epidêmicas.
* Em 2023, o Ministério da Saúde reportou uma discrepância entre os casos clínicos estimados de síndrome gripal e os casos oficialmente notificados, apontando que a notificação é mais eficiente em grandes centros urbanos e menos eficaz em áreas rurais ou menos estruturadas.

**8.4. Situação em Mato Grosso**

* Mato Grosso, assim como outros estados do Centro-Oeste, apresenta desafios adicionais devido à extensão territorial e diversidade populacional.
* Dados do **Boletim Epidemiológico do Estado (2023-2024)** mostram que a taxa de notificação em Mato Grosso é inferior à média nacional, refletindo limitações na vigilância ativa e diagnóstico laboratorial.
* A subnotificação pode comprometer a percepção real da circulação viral e dificultar intervenções localizadas.

**8.5. Reflexão sobre a Realidade da Notificação**

* Apesar dos avanços em sistemas informatizados e capacitação, a notificação compulsória ainda **não reflete totalmente a magnitude real das infecções por influenza e outras síndromes gripais**.
* A subnotificação impacta negativamente o planejamento e a eficácia das medidas de controle e prevenção.
* É importante fortalecer a capacitação de profissionais, ampliar a oferta de testes rápidos e RT-PCR, melhorar a integração entre unidades de saúde e vigilância epidemiológica, além de incentivar a notificação eletrônica ágil.

**8.6. Literatura e Evidências**

* Revisão sistemática publicada na *Cadernos de Saúde Pública* (2022) aponta que a notificação compulsória, quando bem aplicada, reduz mortalidade por influenza ao melhorar a resposta local.
* Estudos no *Journal of Infectious Diseases* (2023) destacam que sistemas de notificação integrados com monitoramento laboratorial são essenciais para controle eficiente.
* A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda a ampliação do diagnóstico laboratorial como forma de melhorar a qualidade da notificação.
* A notificação compulsória da influenza e síndromes gripais no Brasil é uma ferramenta fundamental para vigilância epidemiológica, mas enfrenta desafios que limitam sua completude.
* Mato Grosso reflete essa realidade, com taxas de notificação abaixo do ideal, exigindo melhorias estruturais e de capacitação.
* Fortalecer a notificação é essencial para a gestão eficaz da saúde pública, especialmente diante do risco de pandemias futuras.

**9. REFERÊNCIAS**

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Gripe (Influenza). Portal Gov.br. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gripe. Acesso em: 17 maio 2025.
2. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Boletim Epidemiológico – Volume 56, nº 6, 13 de maio de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 17 maio 2025.
3. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Informe SE 14 de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 17 maio 2025.
4. **CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.** Respiratory Viruses – 2024 Guidelines. Atlanta: CDC, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses>. Acesso em: 17 maio 2025.
5. **WACKER, C. et al.** Diagnosis and management of viral respiratory infections. UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 maio 2025.
6. **UNITED STATES. National Library of Medicine.** PubMed: Recent reviews on viral respiratory infections diagnostics. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 17 maio 2025.
7. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA.** Protocolos clínicos e laboratoriais atualizados sobre síndromes respiratórias agudas. São Paulo: SBI, 2024. Disponível em: <https://www.infectologia.org.br>. Acesso em: 17 maio 2025.
8. **TAMIFLU for influenza in healthy adults and children.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com>. Acesso em: 17 maio 2025.
9. **UNITED STATES. National Library of Medicine.** PubMed: Systematic reviews on oseltamivir effectiveness. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 17 maio 2025.

26 de maio de 2025

**Câmara Técnica de Clínica Médica**

* Dra. Elaine Patrícia Souza Silva
* Dra. Adriana Gibo Podanosque
* Dr. Eduardo Cal Ferrari
* Dr. José Mário Podanosque