

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

• **Número 09** - MAIO, 2025

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo



INFLUENZA

Nesta Edição:

- Influenza CID-10: J11

Elaborado por:

Thaís Schmidt Vitali Hermes

Revisado por:

Felipe Augusto de Lucena Oliveira

Jonatan Schmidt Finkler

Juliana Beux Konno

Paula Franciele da Silva

Rosana dos Reis da Costa Cerbarro

Disponível em:

<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/vigilancia-em-saude/dados-e-boletins>

Contatos:

vepidemiologica@toledo.pr.gov.br

(45)3196-3087

A Influenza é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave.¹

O agente etiológico do vírus influenza pertencente à família Orthomyxoviridae, possui RNA de hélice única e se subdivide em quatro tipos antigenicamente distintos: A, B, C e D.¹

O tipo A é mais suscetível às variações antigênicas e periodicamente sofre alterações em sua estrutura genômica, o que contribui para a existência de diversos subtipos. Esses subtipos são classificados de acordo com as combinações das proteínas que se localizam em sua superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N), principais alvos da resposta imune. Existem 18 subtipos diferentes de hemaglutinina e 11 subtipos diferentes de neuraminidasas. A proteína H está associada à infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica, enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas. O vírus influenza tipo A é responsável pela ocorrência da maioria das epidemias e pelas pandemias de influenza. Além dos humanos, os vírus influenza tipo A podem infectar diversos animais, incluindo aves, suínos, cavalos, mamíferos marinhos, cães, gatos e morcegos.¹

TRANSMISSÃO

A transmissão direta (pessoa a pessoa) é a mais comum e ocorre quando um indivíduo infectado pelo vírus influenza expõe gotículas ao falar, espirrar e tossir. Essas gotículas podem pousar na boca ou nariz de pessoas próximas ou possivelmente ser inaladas nos pulmões. Eventualmente, pode ocorrer a transmissão pelo ar, quando partículas residuais, que podem ser levadas a distâncias maiores que 1 metro, são inaladas.¹

Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio do contato com as secreções de outros doentes. Nesse caso, as mãos são o principal veículo, quando uma pessoa toca uma superfície ou objeto contaminado com o vírus influenza e depois toca sua própria boca, nariz ou olhos. A eficiência da transmissão por essas vias depende da carga viral, fatores ambientais (como umidade e temperatura), e do tempo transcorrido entre a contaminação e o contato com a superfície contaminada. A infecciosidade está relacionada com a excreção viral pelo trato respiratório superior, porém a correlação entre a excreção viral nasofaríngea e a transmissão é incerta e pode variar, particularmente, em função do nível de imunidade preexistente.¹

INCUBAÇÃO, TRANSMISSIBILIDADE, SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

Os sintomas geralmente começam cerca de dois dias após os vírus da gripe infectar o trato respiratório de uma pessoa. Porém, esse período pode variar de um a quatro dias.¹

Indivíduos adultos saudáveis, quando infectados, transmitem o vírus 24 horas antes do início de sintomas, porém em quantidades mais baixas do que durante o período sintomático. Nesse período, o pico da excreção viral ocorre principalmente entre as primeiras 24 até 72 horas do início da doença, e declina até níveis não detectáveis por volta do 5º dia após o início dos sintomas.¹

A suscetibilidade é geral. A imunidade aos vírus influenza é adquirida a partir da infecção natural ou por meio de vacinação, sendo que esta garante imunidade apenas em relação aos vírus homólogos da sua composição. Assim, um hospedeiro que tenha tido uma infecção com determinada cepa terá pouca ou nenhuma imunidade contra uma nova infecção por uma cepa variante do mesmo vírus. Isso explica, em parte, a grande capacidade deste vírus em causar frequentes epidemias e a necessidade de atualização constante da composição da vacina com as cepas circulantes.¹

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Classicamente o quadro clínico da influenza sazonal tem início súbito, com sintomas de síndrome gripal (SG) como febre, coriza, tosse seca, dor de garganta, dores musculares e articulares, dor de cabeça, fadiga (cansaço) e prostração. Geralmente, tem resolução espontânea em aproximadamente sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de SG: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico. Algumas pessoas podem ter vômitos e diarreia, embora isso seja mais comum em crianças do que em adultos.

Em alguns casos, principalmente em indivíduos com fatores e/ou condições de risco, a gripe pode evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG).¹

SINAIS DE AGRAVAMENTO

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – (SpO₂ < ou = 94%).
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana).
- Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia).
- Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg).
- Diurese abaixo de 400 mL em 24 horas.
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.
- Desidratação.
- Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
- Miosite comprovada por aumento da creatinofosfoquinase – CPK (≥2 a 3 vezes).
- Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL.

ALERTA: considerar necessidade de hospitalização quando ocorrerem sinais de agravamento em pacientes que apresentem condições e fatores de risco para complicação por influenza.³

DEFINIÇÃO DE CASO

Síndrome Gripal (SG) - Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como SG. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.¹

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A amostra clínica preferencial é a secreção da nasofaringe (SNF). Considerando a influenza sazonal, o período para coleta é preferencialmente de até o sétimo dia do início dos sintomas, sendo preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia do início dos sintomas. Nos casos de Srag hospitalizado e óbito por Srag, a coleta deve ser realizada independentemente

do dia de início dos sintomas, mas o período ideal para a oportunidade da amostra é o mesmo de casos de SG.¹

O diagnóstico laboratorial para pesquisa de vírus da influenza é um dos componentes da vigilância de influenza, a qual se baseia nas estratégias de vigilância sentinela de SG, Srag hospitalizado e óbito por Srag, sendo o RT-PCR em tempo real o diagnóstico padrão-ouro para estas estratégias de vigilância.¹

Os exames iniciais são realizados nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), os quais trabalham diretamente com as equipes de Vigilância Epidemiológica dos estados, na captação e recepção de amostras, com fluxos definidos ao nível local, os quais levam em consideração as necessidades locais e circulação de vírus influenza.¹

Conforme Deliberação nº 95/2022 da Comissão Intergestores Bipartite no estado do Paraná o teste molecular RT-PCR será realizado para os seguintes grupos:²

- Indivíduos que requeiram hospitalização ou que evoluam a óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);

- Indivíduos suspeitos de COVID-19 com quadro leve ou moderado de SG atendidos em Unidades Sentinela para Vírus Respiratórias, **restrito à coleta de cinco pacientes por semana por Unidade Sentinela;**

- **Gestantes, parturientes e puérperas até 45 dias após o parto com SG** ou SRAG;

- Indivíduos que fazem parte de investigação da ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou de óbitos em locais, como por exemplo: trabalho, escola, comunidade fechada ou semifechada (instituição de longa permanência para idosos -ILPIs, população privada de liberdade) ou ambiente hospitalar, que caracterize SURTO.

No município de Toledo a unidade sentinela para envio de amostras de SG é o Pronto Atendimento Municipal (PAM). Todos os demais serviços de saúde, públicos e privados, devem obrigatoriamente encaminhar amostra de todos os pacientes com SRAG hospitalizado e óbito por SRAG. Para isso, a vigilância epidemiológica disponibiliza material - meio de transporte viral e swabs. Ainda, gestantes com SG atendidas ambulatorialmente devem ser encaminhadas para o posto de coleta e processamento de amostras municipal, para coleta de secreção de nasofaringe e pesquisa de vírus respiratórios.

TRATAMENTO

O uso do antiviral está indicado para todos os casos de Srag e casos de SG associados com condições ou fatores de risco para complicações, devendo ser priorizadas para o tratamento precoce:

• gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);

• adultos ≥ 60 anos;

• crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade);

• população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;

- indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);

- indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma); pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); nefropatias; hepatopatias; doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração; disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral; síndrome de Down, acidente vascular encefálico (AVE) ou doenças neuromusculares; imunossupressão associada a medicamentos, (corticoide – >20 mg/dia prednisona por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNFalfa) neoplasias, HIV/aids ou outros; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal –IMC ≥40 em adultos).

Considerando que a manifestação de sintomas iniciais da covid-19 tende a ser muito semelhante à de um quadro de influenza (gripe), é importante ressaltar que o medicamento fosfato de oseltamivir não está indicado para o tratamento de SARS-CoV-2.¹

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações (já listados acima), independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial. Essa indicação fundamenta-se no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza, em pacientes com condições e fatores de risco para complicações.¹

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

A prescrição do fosfato de oseltamivir deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação.¹

Especificidades no manejo de SRAG e indicações para internação em UTI, gestantes e puérperas consultar Guia de Vigilância vigente.¹

Ressalta-se que o início do tratamento com fosfato de oseltamivir não deve ser postergado caso o resultado do teste laboratorial ainda não esteja disponível. Para a prescrição desse medicamento é usado o receituário simples. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza este medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Quadro 1 - Tratamento com Oseltamivir - posologia e administração*

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
Fosfato de oseltamivir	Adulto	75 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
		Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses
	9 a 11 meses		3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: Guia de vigilância, 2024. *Para recém-nascidos e pacientes com insuficiência renal consultar Guia de Vigilância, 2024, pág. 174.

NOTIFICAÇÃOO que deve ser notificado?

- Caso de Srag hospitalizado e óbito por Srag – deve ser notificado de forma individual em sistema informatizado específico (Sivep-Gripe).
- Caso de SG – deve ser notificado somente nos locais já predefinidos como unidades sentinelas de SG, os dados são inseridos no sistema informatizado específico (Sivep-Gripe).
- Surto de SG – deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET), assinalando, no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto, o CID J06. Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada.

O que não precisa ser notificado?

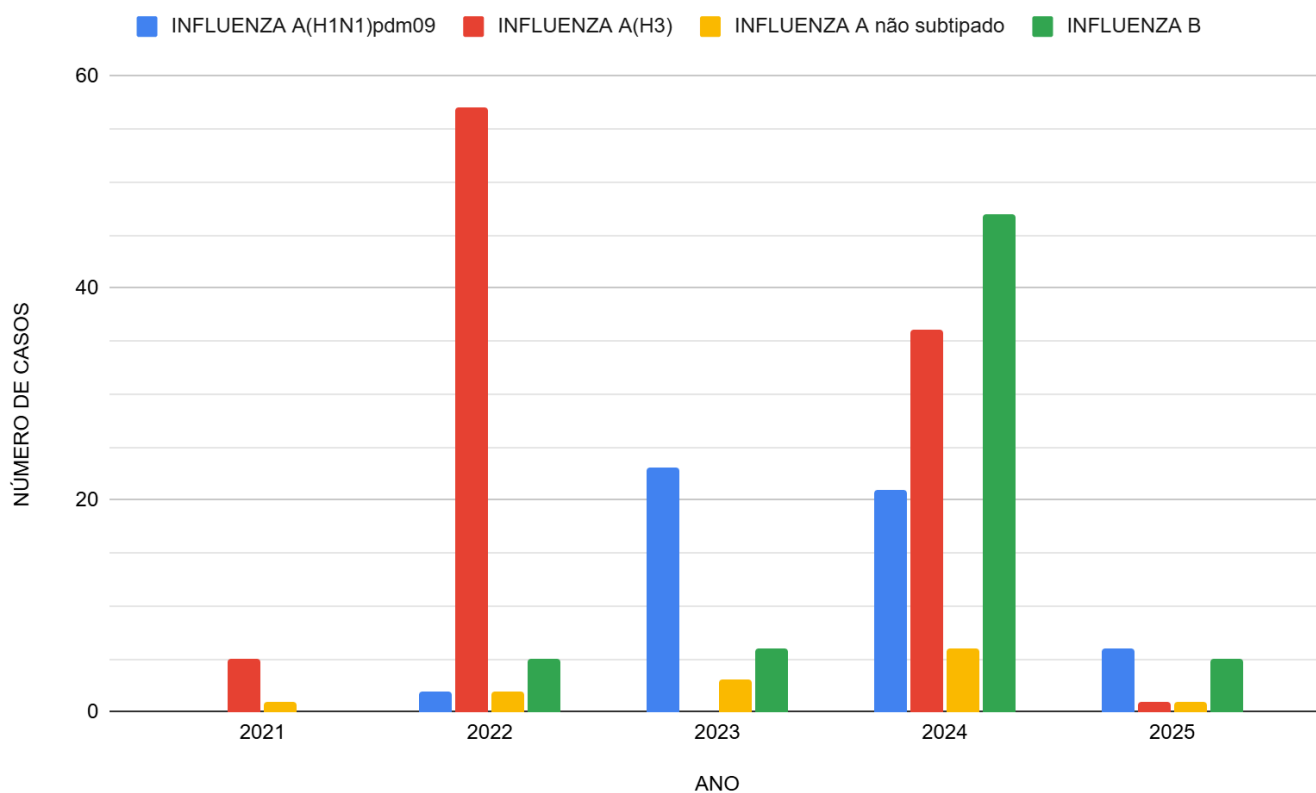
Casos isolados de SG (ou seja, casos identificados em locais que não são oficialmente unidades sentinelas de SG), com ou sem fator de risco para complicações pela doença, inclusive aqueles para os quais foi administrado o antiviral.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA INFLUENZA EM TOLEDO

A vigilância da Influenza em Toledo é realizada através da Vigilância Sentinela de SG e da Vigilância Universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos, independentemente do local de ocorrência.

Entre os anos de 2021 a 2025, até a semana epidemiológica 19, foram confirmados 227 casos de SRAG por influenza em residentes do município de Toledo, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 01. Número de casos de SRAG por Influenza segundo classificação viral, de 2021 até SE 19 de 2025.*



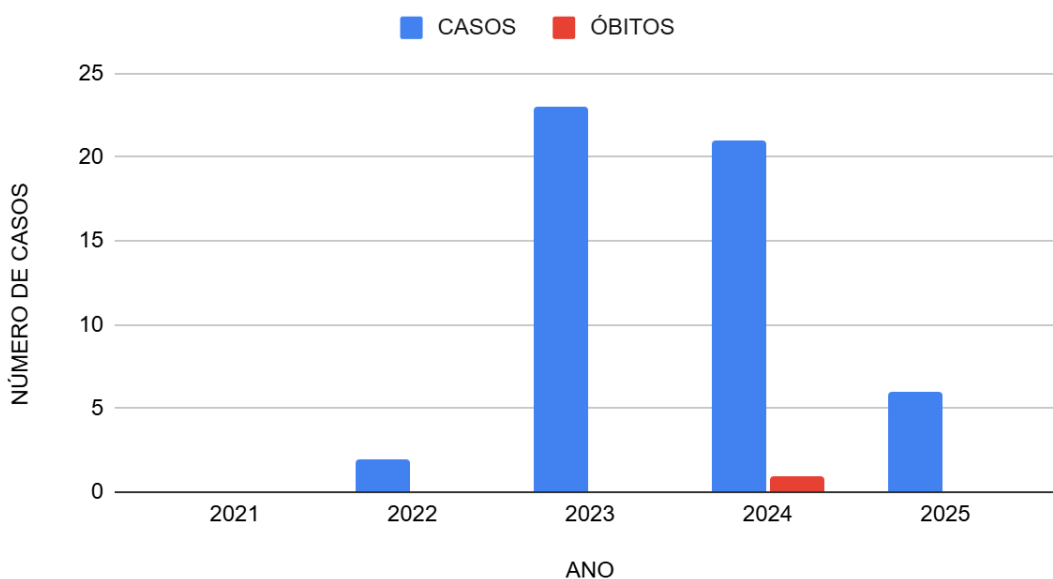
Fonte: Informe Epidemiológico da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave - Monitoramento dos Vírus Respiratórios. Paraná, 2021 a 2025.

*Dados preliminares.

Ao longo do período analisado tivemos 52 casos de Influenza A (H1N1), 99 casos de Influenza A (H3), 13 casos de Influenza A não subtipada e 63 casos de Influenza B. Destes, 7 pacientes evoluíram para óbito. O número de casos e os óbitos por cada subtipo, no decorrer do período, está detalhado nos gráficos de 02 a 05 a seguir:

Gráfico 02. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza A(H1N1), de 2021 até SE 19 de 2025.*

INFLUENZA A(H1N1)pdm09



Fonte: Informe Epidemiológico da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave - Monitoramento dos Vírus Respiratórios. Paraná, 2021 a 2025.

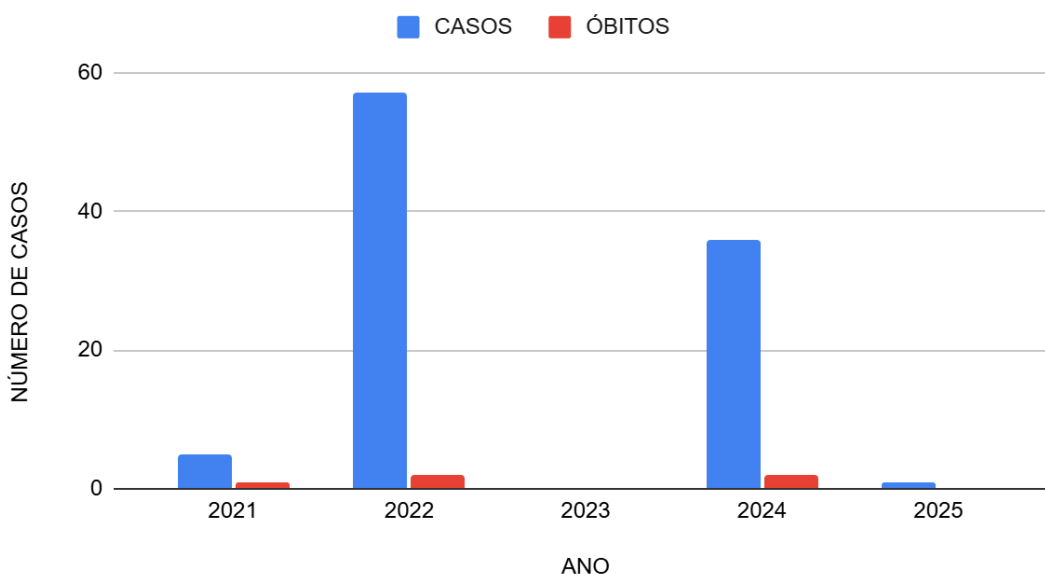
*Dados preliminares.

Em 2021 não foi confirmado nenhum caso de Influenza A(H1N1) de residentes, em 2022 02 casos e nenhum óbito, em 2023 confirmado 23 casos mas nenhum óbito, em 2024 21 casos e 01 óbito, sendo o único no período apresentado, tendo confirmação de 06 casos em 2025, até a semana 19.

Com relação a Influenza A (H3) foram confirmados 05 casos em 2021 com 01 óbito, 57 casos com 02 óbitos em 2022, em 2023 nenhum caso e óbito, em 2024 36 casos confirmados e 02 óbitos e 1 caso até a semana epidemiológica 19 de 2025.

Gráfico 03. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza A(H3), de 2021 até SE 19 de 2025.*

INFLUENZA A(H3)



Fonte: Informe Epidemiológico da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave - Monitoramento dos Vírus Respiratórios. Paraná, 2021 a 2025.

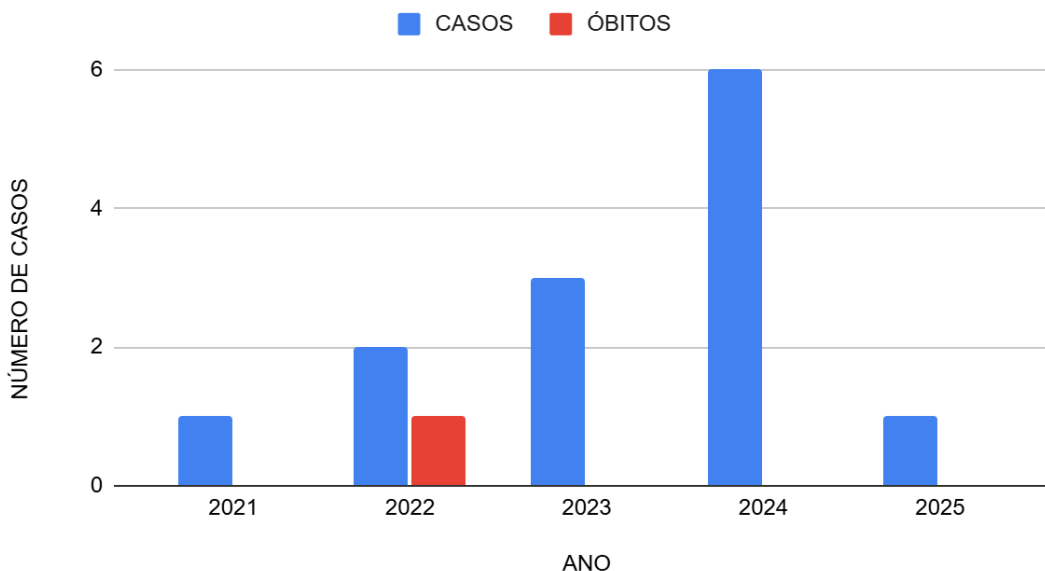
*Dados preliminares.

No gráfico abaixo, são apresentados os dados da Influenza A não subtipada, que são amostras do vírus influenza que, após testagem laboratorial, não podem ser classificadas em um subtipo conhecido com os métodos disponíveis. Todas as amostras com resultado inconclusivo ou não subtipável devem ser encaminhadas ao Centro Nacional de Influenza (National Influenza Center – NIC) referenciado ao Lacen.

Em 2021 foi confirmado 01 caso não subtipado, em 2022 02 casos e 01 óbito, em 2023, 2024 e 2025 03, 06 e 01 caso respectivamente e nenhum óbito.

Gráfico 04. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza A não subtipado, de 2021 até SE 19 de 2025.*

INFLUENZA A não subtipado



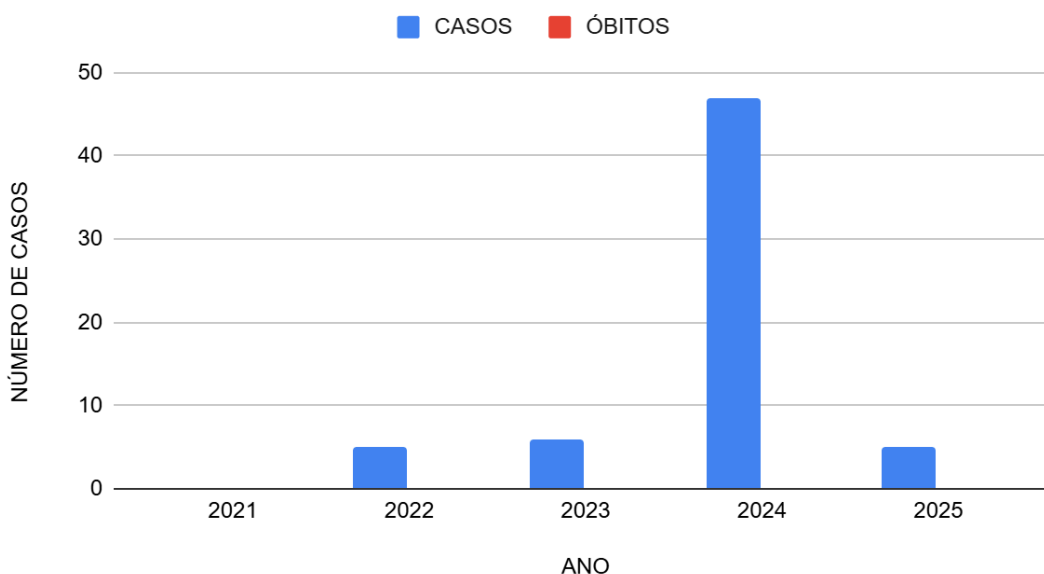
Fonte: Informe Epidemiológico da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave - Monitoramento dos Vírus Respiratórios. Paraná, 2021 a 2025.

*Dados preliminares.

Com relação a Influenza B não tivemos nenhum caso de 2021, foram confirmados 05 casos em 2022, 06 casos em 2023, em 2024 47 casos, o maior número do período e 05 casos até a SE 19 de 2025. Não tivemos nenhum óbito no período.

Gráfico 05. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza B, de 2021 até SE 19 de 2025.*

INFLUENZA B



Fonte: Informe Epidemiológico da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave - Monitoramento dos Vírus Respiratórios. Paraná, 2021 a 2025.

*Dados preliminares.

Ao longo do período avaliado a Influenza A (H3) foi o subtipo mais comum e mais letal, com dois surtos importantes (2022 e 2024). A Influenza B apresentou crescimento expressivo em 2024, embora sem óbitos, indicando circulação significativa, mas com baixo impacto letal. Influenza A (H1N1)pdm09 tem tido circulação moderada, mas com baixa letalidade. Os casos de Influenza não subtipada são poucos, mas com letalidade relativamente alta, o que pode sugerir gravidade em casos não confirmados por laboratório.

A distribuição de casos e óbitos é bastante sazonal e variável ano a ano, reforçando a importância da vigilância contínua.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

IMUNIZAÇÃO

A vacina da influenza trivalente – fragmentada, inativada é disponibilizada anualmente para prevenção da doença e suas complicações em grupos prioritários. Deve ser administrada antes da exposição ao vírus, e é capaz de promover imunidade efetiva e segura durante o período de circulação sazonal do vírus.

A composição e a concentração de antígenos hemaglutinina (HA) são atualizadas a cada ano, em função dos dados epidemiológicos que apontam o tipo e a cepa do vírus influenza que está circulando de forma predominante nos Hemisférios Norte e Sul.

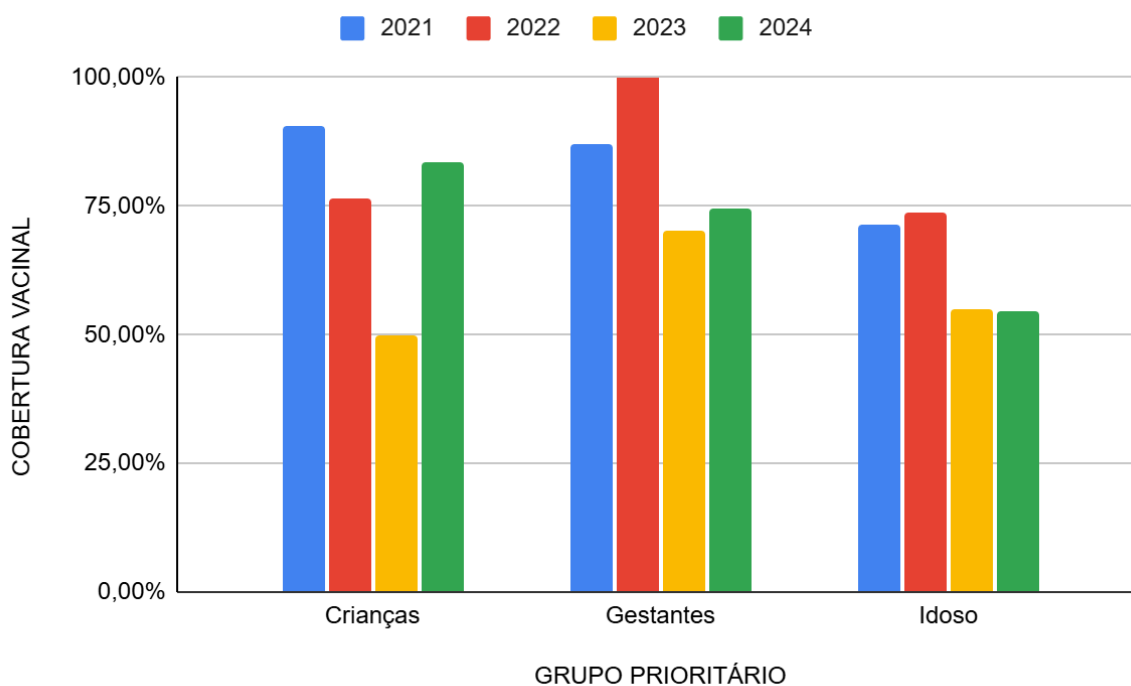
A estratégia de vacinação no país tem como objetivo reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da influenza nos grupos com predisposição para complicações da doença.

Conforme Nota Técnica nº 23/2025 - CGICI/DPNI/SVSA/MS a partir de 2025 a vacina influenza passa a fazer parte do Calendário Nacional de Vacinação para crianças a partir de 6 meses a menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias), idosos com 60 anos e mais e gestantes. A vacinação também ocorrerá na estratégia especial para os seguintes grupos: puérperas, povos indígenas, quilombolas, trabalhadores da saúde, professores das escolas públicas e privadas, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, pessoas com deficiência permanente, profissionais das forças de segurança e salvamento e das forças armadas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso, trabalhadores portuários, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas e população privada de liberdade.⁴

A cobertura vacinal a ser alcançada deve ser igual ou maior que 90% de cada um dos grupos prioritários para vacinação de rotina contra influenza: crianças, gestantes e idosos com 60 anos e mais. Para os demais grupos que serão vacinados na estratégia especial, serão disponibilizados os dados de doses administradas durante a ação, considerando a indisponibilidade de denominadores para os referidos grupos.⁵

O Gráfico 06 apresenta os dados de cobertura vacinal das crianças, gestantes e idosos ao longo dos anos de 2021 a 2024. Os dados de 2025 não serão apresentados pois a campanha teve início dia 01/04/2025 e está em andamento.

Gráfico 06. Cobertura da vacina Influenza dos grupos prioritários de rotina, de 2021 a 2024, Toledo/PR.



Fonte: LocalizaSUS.

A análise da série histórica de cobertura vacinal da Influenza revela oscilações preocupantes, especialmente entre esses grupos que possuem maior vulnerabilidade às complicações da doença. Em 2021, observou-se cobertura satisfatória para o grupo de crianças (90,70%) e gestantes (86,90%), estando próximos ou acima da meta de 90% preconizada pelo Ministério da Saúde. No entanto, já naquele ano, os idosos apresentavam cobertura aquém do ideal, com apenas 71,30%.

Nos anos seguintes, houve uma queda significativa nas coberturas vacinais de todos os grupos. Em 2023, os índices foram particularmente alarmantes: apenas 49,88% das crianças, 70,18% das gestantes e 54,96% dos idosos foram vacinados. Essa queda pode ser atribuída a múltiplos fatores, incluindo o impacto prolongado da pandemia de COVID-19 na confiança da população nos serviços de saúde e, de forma expressiva, a disseminação de fake news e desinformação relacionadas à segurança e eficácia das vacinas.

As chamadas *fake news*, frequentemente propagadas pelas redes sociais, têm exercido um papel direto na hesitação vacinal. Narrativas infundadas sobre efeitos adversos graves, composição inadequada das vacinas ou teorias conspiratórias contribuem para o medo e desconfiança da população. Esse fenômeno, conhecido como hesitação vacinal, representa um dos maiores desafios para o programa de imunização do país, incluindo Toledo.

Em 2024, os dados preliminares apontam uma melhora significativa na cobertura vacinal de crianças (83,38%), indicando possível recuperação da confiança e efetividade das estratégias de comunicação e mobilização. No entanto, os índices permanecem abaixo da meta entre gestantes (74,44%) e continuam estagnados entre os idosos (54,40%), demonstrando que os esforços de sensibilização e combate à desinformação ainda precisam ser intensificados.

A inclusão da vacina influenza no Calendário Nacional de Vacinação a partir de 2025 para crianças, gestantes e idosos representa um avanço importante para consolidar a imunização como uma ação de rotina, aumentando sua visibilidade e adesão. Além disso, é fundamental que o enfrentamento às fake news seja uma prioridade nas campanhas de vacinação, com estratégias de comunicação baseadas em evidências científicas, disseminadas de forma acessível, clara e empática, especialmente em ambientes digitais.

Para alcançar a meta de 90% de cobertura vacinal nos grupos prioritários, é imprescindível a articulação entre gestores, profissionais de saúde, educadores, comunicadores e lideranças comunitárias, promovendo uma cultura de confiança nas vacinas e de responsabilidade coletiva pela proteção da saúde pública.

Precauções padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde, e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

- Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- Uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- Uso de óculos e máscara, se houver risco de respingos.

- Descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, devem ser implantadas as precauções para gotículas, que devem ser utilizadas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por influenza. As gotículas respiratórias, que têm cerca de $>5 \mu\text{m}$ de tamanho, provocadas por tosse, espirro ou fala, não se propagam por mais de 1 metro da fonte e se relacionam à transmissão de contato da gotícula com mucosa ou conjuntiva da boca ou nariz de indivíduo susceptível. Recomenda-se:

- Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.

- Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool-gel).

- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

- Limitar procedimentos indutores de aerossóis.

- Uso de dispositivos de sucção fechados.

- Manter paciente, preferencialmente, em quarto privativo por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios.

- Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com fosfato de oseltamivir.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis – partículas $<5 \mu\text{m}$, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos (exemplo: intubação, sucção), recomenda-se:

- Uso de EPI – avental e luvas, óculos e máscara (respirador) tipo N95, PFF2 ou equivalente devem ser utilizados pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente.

- Manter paciente, preferencialmente, em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte. Embora a covid-19 e a influenza sejam doenças para as quais se implementam medidas de precaução semelhantes, não se devem colocar na mesma coorte pacientes com covid-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes.

- Uso de máscara (respirador) tipo N95, PFF2 ou equivalente devem ser utilizados pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.

- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

Uso de máscaras

O uso de máscaras faciais faz parte de um conjunto de medidas a serem adotadas de forma integrada para prevenção, controle e mitigação da transmissão de determinadas doenças respiratórias virais, incluindo a influenza e a covid-19. As máscaras podem ser usadas para a proteção de pessoas saudáveis (quando em contato com alguém infectado) ou para controle da fonte (quando usadas por alguém infectado para prevenir transmissão subsequente).

Limpeza e desinfecção de superfícies

- Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente.
- Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros.
- Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%.
- Uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados.
- Fazer o descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Outras medidas que evitam a transmissão da influenza e outras doenças respiratórias

- Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento.
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal.
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.
- Manter os ambientes bem ventilados.
- Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de influenza.
- Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados).
- Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos.
- Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre, sem uso de antitérmico.

Cuidados no manejo de crianças em creches e escolas

Não há indicação de quimioprofilaxia para comunidade, exceto nas indicações citadas anteriormente.

Alunos, professores e demais funcionários que adoecerem devem permanecer em afastamento temporário na suspeita clínica de influenza, podendo ser liberado o retorno à escola se clinicamente estável, sem uso de antitérmico e sem febre por 24 horas.

Ao retornar à escola manter cuidados de etiqueta respiratória durante sintomas respiratórios. Não está indicada a suspensão de aulas e outras atividades para controle de surto de influenza como medida de prevenção e controle de infecção.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 1** - 6. ed. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
2. DELIBERAÇÃO Nº 095/2022 – Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR; 29/04/2022.
3. Informes Epidemiológicos da Vigilância da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave Monitoramento dos Vírus Respiratórios, 2021 a 2025.
4. NOTA TÉCNICA Nº 23/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS. **Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2025.**
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de vacinação contra a influenza nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste: 2025** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2025