

PLANO

HUJB-UFCG/EBSERH

Contingência para gerenciamento de Síndrome Respiratória Aguda Grave

Versão: 2 | 2025



SUPERINTENDENTE

LUIZ JARDELINO DE LACERDA NETO

CHEFE DE SETOR/UNIDADE

ITAVIELLY LAYANY FRANÇA FEITOSA

ELABORAÇÃO

Itavielly Layany França Feitosa - STGQ

José Geraldo Holanda Moura – STESP

Tereza Lourença Matias de Araújo – STCOR

Fagner Carvalho Leite – SFH

Ianny Larissa Figueiredo da Costa - SAFS

Paulo Florentino Teixeira Neto – SAFS

Diego Ribeiro de Souza – STEC

Patrícia Lopes Oliveira – SEGOV

ANÁLISE

Itavielly Layany França Feitosa - STGQ

VALIDAÇÃO DE FORMA

Maria Helena Pinto Gonçalves – STGQ

APROVAÇÃO

Luiz Jardelino de Lacerda Neto – SUP

Data da emissão:

Código do documento: PL.STGQ.002

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	LISTA DE SIGLAS.....	4
3	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS.....	5
3.1	Síndrome Gripal (SG)	5
3.2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).....	5
4	INFORMAÇÕES DO HOSPITAL.....	5
4.1	Informações gerais.....	6
4.2	Leitos para pacientes adultos	6
4.3	Leitos pediátricos	7
4.4	Capacidade para atendimento a casos de SRAG.....	8
5	NÍVEIS DE RESPOSTA	9
5.1	Nível 0 - Alerta	9
5.2	Nível 1 - Situação de Emergência	11
5.3	Nível 2 - Crise	12
6	COMITÊ INTERNO DE GESTÃO DE CRISE (CIGEC).....	12
7	RESPONSÁVEIS PELO ACIONAMENTO DO PLANO.....	13
8	GESTÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS.....	14
9	DIAGNÓSTICO	15
10	EQUIPAMENTOS DE SUPORTE À VIDA.....	17
11	MONITORAMENTO.....	17
12	REFERÊNCIAS.....	18
13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	19

1 INTRODUÇÃO

A criação de um Plano de Contingência direcionado à organização do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB-UFCG) em surtos de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é crucial para assegurar uma resposta rápida e eficaz diante de eventos epidemiológicos desafiadores. Dada a natureza sazonal das doenças respiratórias, combinada com acontecimentos imprevisíveis, já é conhecida a necessidade de preparação das instituições de saúde para identificar e reagir prontamente ao aumento dos atendimentos aos casos de Síndrome Gripal (SG) e de SRAG.

Uma análise detalhada de dados e cenários não apenas permite considerar a probabilidade de os riscos se materializarem, mas também facilita a identificação das estratégias de resposta mais apropriadas para cada situação. Ao elaborar um Plano de Contingência, é fundamental não se restringir aos cenários mais prováveis, mas também abordar aqueles com maior potencial de impacto, caso se concretizem. Essa abordagem proativa garante uma preparação mais abrangente e eficaz para lidar com adversidades, fortalecendo a resiliência organizacional diante de desafios imprevistos.

Dessa forma, a construção do documento se apresenta como uma oportunidade para a instituição desenvolver a capacidade de antecipar diversos desdobramentos e promover uma cultura de preparo e prevenção perenes. Assim, o presente documento foi concebido com a finalidade de oferecer diretrizes para o Gerenciamento de Surto de SRAG

2 LISTA DE SIGLAS

CIGEC	Comitê Interno de Gestão de Crise
GAD	Gerência Administrativa
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
IF	Imunofluorescência
MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
PEWS	<i>Pediatric Early Warning Score</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT-PCR	Reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa
SG	Síndrome Gripal
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SPIA	Serviço de Planejamento de Insumos Assistenciais



SRA	Serviço de Regulação Assistencial
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
STCOR	Setor de Contratualização e Regulação
STGQ	Setor de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TRR	Time de Resposta Rápida
Vigihosp	Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

3 DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

3.1 Síndrome Gripal (SG)

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta, e, pelo menos, um dos seguintes sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.

3.2 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 dos lábios ou rosto.

Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Todo caso de SRAG hospitalizado ou óbito por SRAG mesmo sem hospitalização, que se enquadre na definição de caso de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser notificado imediatamente no SIVEP Gripe, em até 24 horas, e no Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp).

4 INFORMAÇÕES DO HOSPITAL



4.1 Informações gerais

O HUJB possui um total de 57 leitos distribuídos nas seguintes especialidades:

- a) 13 leitos cirúrgicos adultos;
- b) 04 leitos cirúrgicos pediátricos;
- c) 21 leitos clínicos adultos;
- d) 18 leitos clínicos pediátricos;
- e) 01 leito dia (diagnóstico/terapêutico);

4.1.1 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar geral dos últimos 6 meses: 47%

- a) Abr 2025 – 67%
- b) Mar 2025 – 48%
- c) Fev 2025 – 39%
- d) Jan 2025 – 31%
- e) Dez 2024 – 39%
- f) Nov 2024 – 59%

4.1.2 Média mensal de permanência geral hospitalar dos últimos 6 meses: 5,0 dias

- a) Abr 2025 – 4,8
- b) Mar 2025 – 5,7
- c) Fev 2025 – 4,5
- d) Jan 2025 – 5,3
- e) Dez 2024 – 4,2
- f) Nov 2024 – 4,9

4.2 Leitos para pacientes adultos

4.2.1 Média mensal da taxa de ocupação do Pronto-Socorro Adulto dos últimos 6 meses: não se aplica

4.2.2 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar e operacional de leitos clínicos adultos dos últimos 6 meses: 68%



- a) Abr 2025 – 67%
- b) Mar 2025 – 55%
- c) Fev 2025 – 74%
- d) Jan 2025 – 75%
- e) Dez 2024 – 63%
- f) Nov 2024 – 73%

4.2.3 média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto dos últimos 6 meses: não se aplica

4.2.4 média mensal de permanência da internação clínica adulto dos últimos 6 meses: 9 dias

- a) Abr 2025 – 8
- b) Mar 2025 – 10
- c) Fev 2025 – 11,1
- d) Jan 2025 – 8,6
- e) Dez 2024 – 7,7
- f) Nov 2024 – 7,1

4.2.5 Média mensal de permanência da UTI adulto dos últimos 6 meses: não se aplica

4.3 Leitos pediátricos

As seguintes informações devem ser apresentadas sobre os leitos pediátricos:

4.3.1 Média mensal da taxa de ocupação do Pronto-Socorro Pediátrico dos últimos 6 meses: não se aplica

4.3.2 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar e operacional de leitos clínicos pediátricos dos últimos 6 meses: 36%

- a) Abr 2025 – 63%
- b) Mar 2025 – 50%
- c) Fev 2025 – 27%
- d) Jan 2025 – 14%
- e) Dez 2024 – 18,3%
- f) Nov 2024 – 47%

4.3.3 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos UTI pediátricos dos últimos 6 Meses: não se aplica

4.3.4 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos UTI Neonatal (Neo) dos últimos 5 meses: não se aplica

4.3.5 Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) dos últimos 6 meses: não se aplica

4.3.6 Média mensal de permanência da internação clínica pediátrica dos últimos 6 meses: 4,7 dias

4.3.6.1 Abr 2025 – 4,3

4.3.6.2 Mar 2025 – 4,8

4.3.6.3 Fev 2025 – 4,5

4.3.6.4 Jan 2025 – 5,9

4.3.6.5 Dez 2024 – 3,1

4.3.6.6 Nov 2024 – 5,6

4.3.7 Média mensal de permanência da UTI pediátrica dos últimos 6 meses: Não se aplica

4.3.8 Média mensal de permanência da UTI Neo dos últimos 6 meses: não se aplica

4.3.9 Média mensal de permanência da UCINCO dos últimos 6 meses: não se aplica

4.4 Capacidade para atendimento a casos de SRAG

4.4.1 Número de leitos de isolamento respiratório privativos e em coorte;

4.4.1.1 Isolamentos privativos: 02 (01 adulto e 01 pediátrico)

4.4.1.2 Isolamento em coorte será de acordo com a demanda.

4.4.2 Capacidade atual de atendimento e possibilidade de ampliação para casos de SRAG por unidade hospitalar (clínicos adultos e pediátricos), sem necessidade de aporte adicional de recursos, mediante remanejamento de pessoal e reorganização de áreas



físicas:

O HUJB dispõe atualmente de 18 leitos pediátricos (1 para estabilização) e 21 leitos clínicos adultos. Em caso de necessidade de ampliação para atendimento a casos de SRAG pediátricos, poderão ser remanejados até 6 leitos clínicos adultos, conforme a taxa de ocupação e demanda.

4.4.3 Capacidade atual de atendimento e possibilidade de ampliação para casos de SRAG por unidade hospitalar (clínicos adultos e pediátricos) com aporte de recursos adicionais, mediante contratação de pessoal, sem reforma de área física:

Atualmente, a unidade não dispõe de espaço físico disponível para ampliação de leitos, enfrentando ainda limitações no apoio diagnóstico, especialmente pela distância entre o HUJB e o LACEN-PB. O aumento da capacidade de atendimento está condicionado à disponibilização de recursos humanos adicionais, sem os quais não é possível expandir a assistência. Em um cenário de surto pandêmico e mediante aporte emergencial de pessoal, seria viável a suspensão das cirurgias eletivas para disponibilização dos leitos cirúrgicos, que seriam temporariamente redirecionados para o atendimento a casos de SRAG pediátricos e adultos conforme necessidade.

A apresentação das capacidades instalada e de ampliação de leitos que podem ser destinados ao atendimento a casos de SRAG e da capacidade de atendimento estão detalhadas nos apêndices A e B.

5 NÍVEIS DE RESPOSTA

Destaca-se que um Plano de Contingência deve estabelecer níveis de acionamento, alinhados às necessidades frente aos diferentes contextos epidemiológicos, implementando estratégias complementares conforme agravamento da situação.

A ativação de cada nível do Plano de Contingência para Gerenciamento de Surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave deve levar em consideração as notificações dos casos e óbitos de SRAG, integrando essas informações ao diagnóstico da capacidade de prestação de cuidados do hospital. Isso destaca a importância da colaboração entre os Setores de Gestão da Qualidade (STGQ), os Setores de Contratualização e Regulação (STCOR) e as áreas assistenciais no desenvolvimento e acompanhamento dos parâmetros estabelecidos no documento. O Apêndice C apresenta o consolidado das ações segundo nível de resposta, utilizado para indicação das responsabilidades e monitoramento da execução das ações.

5.1 Nível 0 - Alerta



Acionada diante de um cenário em as áreas de internação hospitalar **não apresentam superlotação**, porém, o percentual de ocupação dos leitos de internação devido a SRAG é igual ou superior a 50%, ou os atendimentos relacionados a **SG e SRAG têm aumentado** continuamente por quatro semanas consecutivas e, em pelo menos uma dessas semanas, a incidência de casos de SRAG em cajazeiras ou na Paraíba ultrapassa o limite superior do canal endêmico, ou o plano de contingência da PB está no Nível 0 ou superior, conforme os dados mais recente do [boletim epidemiológico Vírus respiratórios da PB](#) e [BI dos casos de SRAG da PB](#). Nessa conjuntura, as ações mínimas a serem executadas são:

- a) Capacitar os profissionais do HUIB em medidas de precaução para garantir uma abordagem segura diante de doenças respiratórias;
- b) Orientar os pacientes sobre as precauções para gotículas e a importância da higienização das mãos, especialmente após tossir ou espirrar;
- c) Implementar ações de limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos hospitalares para prevenir a propagação de doenças respiratórias;
- d) Promover a comunicação interna por meio da publicação de boletins epidemiológicos, contendo informações mínimas, conforme modelo disponibilizado pela Ebserh Sede, mantendo os profissionais atualizados sobre o cenário epidemiológico local e do HUIB;
- e) Elaborar um planejamento detalhado dos insumos necessários para diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, garantindo a disponibilidade adequada
- f) Assegurar a constituição atualizada do Comitê Interno de Gestão de Crise (CIGEC) para uma resposta coordenada em situações de crise de saúde pública;
- g) Reorganizar as visitas nos setores afetados pelos casos de SRAG, estabelecendo critérios como o número de visitantes, triagem de sintomas e tempo de permanência, para reduzir o risco de transmissão de doenças respiratórias entre pacientes, visitantes e profissionais de saúde;
- h) Estabelecer e atualizar protocolos de manejo de casos conforme as orientações do Ministério da Saúde para uma resposta eficaz diante de surtos de SRAG;
- i) Realizar revisões periódicas do protocolo de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde para garantir sua eficácia diante de doenças respiratórias;
- j) Elaborar um registro de pessoal complementar, composto por profissionais de saúde que se voluntariam para realizar plantões adicionais em momentos de crise. Esse instrumento visa possibilitar que o hospital mobilize prontamente todos os recursos disponíveis de acordo com as necessidades específicas, para lidar com situações de saúde excepcionais; e
- k) Estabelecer, implementar e assegurar a adoção de escalas de alerta precoce para monitorar a deterioração clínica em pacientes hospitalizados. Recomenda-se o uso do escore *Modified Early Warning Score* (MEWS) em pacientes adultos e do *Pediatric Early Warning Score* (PEWS) em pacientes pediátricos. Essas ferramentas desempenham um

papel importante na gestão de códigos e na eficácia do time de resposta rápida, permitindo intervenções adequadas e oportunas.

5.2 Nível 1 - Situação de Emergência

Acionado diante de um **cenário de superlotação** nas áreas de internação do hospital, em que a **capacidade de resposta pode ser ampliada** por meio de leitos extras ou com o encaminhamento de pacientes a outras unidades da RAS, associado ao percentual de ocupação de leitos de internação por casos de SRAG maior ou igual a 50%, ou ao aumento de atendimentos a casos de SRAG por 4 semanas consecutivas, ou óbitos por SRAG em ascensão por 3 semanas no HUIB e, em ao menos uma delas, com a incidência de casos de SRAG em cajazeiras ou na PB acima do limite superior do canal endêmico ou com o plano de contingência da PB no Nível 1 ou acima, conforme os dados mais recente do [boletim epidemiológico Vírus respiratórios da PB](#) e [BI dos casos de SRAG da PB](#).

Nessa situação, deverão ser acrescentadas, minimamente, as seguintes ações:

- a) Implementar ou ampliar as áreas de isolamento respiratório em coorte para assegurar o isolamento eficaz e seguro dos pacientes com sintomas gripais, minimizando, assim, o risco de transmissão no ambiente hospitalar;
- b) Realocar pacientes estrategicamente para ampliar a capacidade de atendimento;
- c) Estabelecer o controle de contactantes para identificar e monitorar pessoas que tiveram contato com casos de SG e SRAG;
- d) Reorganizar as equipes de saúde, redistribuindo os trabalhadores de maneira estratégica para otimizar o atendimento, assegurar cobertura adequada em todas as áreas críticas e maximizar a eficiência operacional do hospital. Isso inclui a realocação de médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde para as unidades ou setores com maior demanda, garantindo que todos estejam capacitados para lidar com casos de srag;
- e) Implementar o time de resposta rápida (TRR), formado por uma equipe multiprofissional especializada em cuidados críticos à beira do leito, acionada por sinais de agravamento clínico. Após sua ativação, o TRR avalia o paciente em até 5 minutos e determina as intervenções necessárias, como administração de fluidos, antibióticos ou suporte ventilatório, evitando sobrecargas no sistema;
- f) Manter apenas os acompanhantes previstos em lei;
- g) Restringir a circulação de acompanhantes e visitantes no hospital para reduzir o risco de disseminação do vírus entre os pacientes e a comunidade hospitalar;
- h) Acionar o CIGEC para coordenação das ações de resposta ao surto de SRAG; e
- i) Discutir com o gestor do sistema único de saúde (SUS) estratégias de reorganização da RAS para uma resposta coerente, integrada e eficiente diante da situação emergencial.

5.3 Nível 2 - Crise

Acionado diante de um cenário de **superlotação** nas áreas de internação, em que o hospital já **excedeu sua capacidade plena**, resultando em limitações da qualidade do cuidado prestado aos pacientes, dadas as restrições físicas e de profissionais disponíveis. Nesse contexto, a alternativa de encaminhamento dos pacientes para outras unidades da RAS não se apresenta viável. Este cenário se correlaciona com o aumento de óbitos relacionados à SRAG no hospital, persistindo por três semanas consecutivas, sendo que, em pelo menos uma dessas semanas, observa-se uma tendência ascendente de óbitos por SRAG em Cajazeiras ou na PB, ou ainda, o plano de contingência da PB se encontra no Nível 2, conforme os dados mais recente do [boletim epidemiológico Vírus respiratórios da PB](#) e [BI dos casos de SRAG da PB](#).

Em tal conjuntura, o foco primordial do hospital reside na preservação de vidas, conferindo prioridade aos casos mais graves e urgentes, com as seguintes medidas adicionais mínimas:

- a) Ativar medidas de resposta rápida, incluindo a mobilização do maior número possível de equipes de saúde e de apoio para lidar prontamente com a situação emergencial, garantindo uma abordagem ágil e eficaz;
- b) Suspender atividades eletivas não essenciais, conforme necessidade, para liberar os trabalhadores, materiais e infraestrutura, priorizando o atendimento de pacientes SRAG e outras emergências em saúde;
- c) Recrutar profissionais de outras áreas para cuidado de pacientes críticos, utilizando estes profissionais para proporcionar cuidados não críticos, principalmente;
- d) Realocar recursos conforme necessário, quando possível, incluindo equipamentos de suporte à vida e suprimentos, para garantir uma distribuição adequada e eficiente de recursos dentro do hospital;
- e) Estabelecer um diálogo efetivo com os gestores SUS para garantir uma resposta unificada e coordenada diante do surto de SRAG, com troca de informações constantes e compartilhamento de recursos;
- f) Implementar áreas de triagem externa para avaliar e direcionar pacientes com sintomas respiratórios aos locais adequados dentro do hospital, diminuindo o risco de exposição de pacientes e profissionais de saúde a doenças respiratórias, assegurando um fluxo de atendimento eficaz e organizado da demanda espontânea e referenciada; e
- g) Suspender as visitas não essenciais para reduzir o risco de transmissão de doenças respiratórias entre pacientes, visitantes e profissionais de saúde, garantindo assim um ambiente mais seguro e protegido dentro do hospital.

6 COMITÊ INTERNO DE GESTÃO DE CRISE (CIGEC)

O CIGEC é uma estrutura temporária responsável pela análise, tomada de decisões e gestão



integral de situações de emergência. Após a ativação do nível 1 do plano, o CIGEC assume a responsabilidade pelas decisões cruciais, devendo realizar reuniões periódicas e objetivas.

O CIGEC está constituído no âmbito do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande, através da Portaria-SEI nº 134, de 29 de maio de 2025, publicada no Boletim de Serviço Nº 639, de 02 de Junho de 2025, e é formado pelos seguintes membros:

- a) Luiz Jardelino de Lacerda Neto, Superintendente, SIAPE 108****;
- b) Reno Alexandre de Sousa Lisboa, Gerente Administrativo - substituto, SIAPE 110****;
- c) José Ferreira Lima Junior, Gerente de Ensino e Pesquisa, SIAPE 274****;
- d) Maria Mônica Paulino do Nascimento, Gerente de Atenção à Saúde, SIAPE 235****;
- e) Eliane de Sousa Leite, Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, SIAPE 211****;
- f) Francisco Fellipe Claudino Formiga, Chefe da Divisão Médica, CPF nº ***.805.104-**;
- g) Fabiana Lins Andrade Melo, Divisão de Enfermagem - substituta, SIAPE 343****;
- h) José Neto da Silva, Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, SIAPE 305****;
- i) Ianny Larissa Figueiredo da Costa, Chefe do Setor de Abastecimento Farmacêutico, SIAPE 305****;
- j) Patrícia Lopes Oliveira, Chefe do Setor de Governança e Estratégia, SIAPE 313****;
- k) José Geraldo Holanda Moura, Chefe do Setor de Cuidados Especializados, SIAPE 305****;
- l) Itavielly Layany França Feitosa, Chefe do Setor de Gestão da Qualidade - substituta, SIAPE 105****;
- m) Tereza Lourença Matias de Araújo, Chefe do Setor de Contratualização e Regulação, SIAPE 226****;
- n) Fagner Carvalho Leite, Chefe do Setor de Farmácia, SIAPE 105****;
- o) Waleska Maria Félix, Chefe da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, SIAPE 305****;
- p) Manuel Carlos Pereira Júnior, Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, SIAPE 241****

7 RESPONSÁVEIS PELO ACIONAMENTO DO PLANO

O responsável pelo acionamento dos diferentes níveis do plano de contingência é do Gerente de Atenção à Saúde, que deve estar devidamente informado sobre os critérios e indicadores que indicam a necessidade de ativação do plano. Além disso, deve receber prontamente atualizações sobre o número de atendimentos a casos de SG e SRAG, fornecidos pelo Setor de Gestão da



Qualidade (STGQ), e a taxa de ocupação geral e das unidades estratégicas, fornecidos pelo Setor de Cuidados Especializados (STESP), bem como ser notificado sobre situações que possam comprometer a capacidade de resposta do hospital.

As ações de contingência e seus responsáveis estão listados abaixo:

AÇÃO	RESPONSÁVEL
Instituição do CIGEC	Superintendência
Pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde quanto ao perfil e papel nos internamentos por SRAG e SG	Superintendência e Setor de Contratualização e Regulação
Fornecimento de dados epidemiológicos	Setor de Gestão da Qualidade
Fornecimento de dados dos indicadores assistenciais	Setor de Governança e Estratégia
Conduzir o levantamento de medicamentos para assistência aos pacientes	Setor de Farmácia Hospitalar
Conduzir o levantamento de materiais médicos hospitalares para assistência aos pacientes	Setor de Abastecimento Farmacêutico
Organização das unidades para internação dos pacientes	Setor de Cuidados Especializados e Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
Elaboração de plano de capacitações	Setor de Cuidados Especializados e Divisões da GAS
Aquisição de equipamentos para apoio diagnóstico	Divisão de Gestão do Cuidado e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Contratação de profissionais para atendimento da demanda	Divisão de Gestão de Pessoas
Aquisição de EPI's e EPC's	Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Realização de treinamentos do plano de capacitações	Setor de Gestão da Qualidade Setor de Cuidados Especializados Divisões da GAS Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Tomada de decisões durante o período de crise	Membros do CIGEC

Após o acionamento do plano, conforme o nível de classificação do cenário do momento, os responsáveis pelos procedimentos descritos no Apêndice C, serão comunicados para que as ações sejam executadas.

8 GESTÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS

A gestão adequada de produtos para saúde e medicamentos é crucial para garantir a



continuidade dos serviços hospitalares, o tratamento eficaz dos pacientes e a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde envolvidos no combate à doença. Isso implica em garantir o abastecimento e reduzir desperdícios.

Dessa forma, está disponível on-line, por meio do link [Medicamentos contingenciados SRAG 2025.xlsx](#), a lista de medicamentos padronizados específicos para SRAG, para consulta e avaliação quanto à intercambialidade terapêutica, estoque e consumo mensal. A lista de Produtos Para Saúde contingenciados SRAG está disponível por meio do link [PPS HUJB SRAG 2025](#) Dados que devem ser utilizados para fins de planejamento, monitoramento e tomada de decisão pelas equipes assistenciais e administrativas.

Para alcançar esses objetivos, é fundamental adotar as seguintes medidas:

- a) Manter um estoque adequado e monitorar as curvas de consumo de medicamentos;
- b) Estabelecer alertas de desabastecimento de itens essenciais em tempo hábil, levando em consideração os índices de aumento de casos de srag na região e no hospital;
- c) Consultar regularmente os fornecedores dos insumos mais relacionados à srag para garantir o contínuo fornecimento;
- d) Identificar o espaço físico capaz de acondicionar os itens, considerando acessibilidade, segurança, temperatura, ventilação, exposição à luz e umidade, para o armazenamento de grandes volumes, além do padrão normal de uso;
- e) Manter uma estreita relação com os STGQ e laboratório do hospital, para alinhamento e tratativas relacionadas ao abastecimento;
- f) Manter alinhamento entre comissões de padronização e áreas de abastecimento para análise quanto a insumos padronizados e seus possíveis intercambiáveis;
- g) Em caso de emergência de abastecimento, alinhar as ações com o serviço de planejamento de insumos assistenciais da coordenadoria de gestão da clínica da diretoria de atenção à saúde (spia/cgc/das) e serviço de gestão de estoque da coordenadoria de gestão de suprimentos da diretoria de administração e infraestrutura (sge/cgs/dai) da ebserh sede.

Essas medidas visam garantir uma gestão eficiente e eficaz dos recursos, sendo fundamental que sua operacionalização seja devidamente registrada no Plano de Contingência. Este registro formal permite uma execução mais organizada e coordenada das ações, além de facilitar a avaliação e atualização contínua do plano conforme necessário.

9 DIAGNÓSTICO

Estabelecer critérios precisos para a identificação de casos suspeitos, abarcando sintomas clínicos e epidemiológicos, assim como garantir a continuidade dos serviços laboratoriais essenciais, é de suma importância tanto para a eficácia do tratamento clínico dos pacientes quanto para a vigilância com base no total de casos. A confirmação de diagnósticos



pode ser realizada mediante critérios clínicos, clínico-epidemiológicos ou por meio de critérios laboratoriais.

No que tange ao diagnóstico laboratorial, é fundamental considerar a utilização da técnica de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR), reconhecida por sua sensibilidade e especificidade superiores, permitindo uma diferenciação rápida entre tipos e subtipos virais. Além disso, há a opção do painel viral por imunofluorescência (IF), embora apresente uma sensibilidade em torno de 70% e especificidade de aproximadamente 80% para influenza. Testes rápidos comerciais também podem ser empregados, contudo, é importante ressaltar que sua sensibilidade é consideravelmente menor em comparação ao RT-PCR, variando de 70% a 90% em crianças e de menos de 40% a 60% em adultos. O desempenho desses testes está sujeito à idade do paciente, duração da doença e tipo de amostra.

O HUJB em alinhamento às diretrizes da rede Ebserh adotará abordagem semelhante às unidades sentinelas, cujo propósito é fortalecer a vigilância epidemiológica de vírus respiratórios. Isso implica na identificação da circulação desses vírus, considerando sua patogenicidade e virulência em cada período sazonal, assim como situações atípicas ou o surgimento de novos subtipos virais. A coleta de amostras para confirmação laboratorial deve ser incentivada sempre que viável, utilizando métodos aceitos pelo Ministério da Saúde, como RT-PCR e IF, levando em conta a disponibilidade de recursos laboratoriais e a capacidade de resposta da vigilância epidemiológica local.

Para a execução eficaz das coletas e envio das amostras, os hospitais devem seguir as diretrizes da [Nota Técnica nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS](#). Além disso, é crucial:

- a) avaliar e monitorar a regularidade do abastecimento de insumos necessários;
- b) considerar a aquisição adicional de testes conforme a disponibilidade;
- c) garantir a validade e precisão dos testes laboratoriais utilizados;
- d) promover uma comunicação eficiente entre os setores hospitalares e o laboratório, garantindo o cumprimento dos protocolos estabelecidos e possibilitando diagnósticos oportunos;
- e) padronizar os procedimentos de coleta, acondicionamento e transporte de amostras de acordo com o “POP Coleta de Amostra para Exame de RT PCR” disponível no link (https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/aceso-a-informacao/gestao-documental/superintendencia/copy2_of_POP.STGQ.001COLETADEAMOSTRAPARAEXAM_EPCRPARADIAGNOSTICODECOVID19VERSO31.pdf).
- f) Demais orientações sobre acondicionamento e transporte podem ser consultadas no site do LACEN –PB através do link: (<https://lacen.pb.gov.br/exames/laboratorio-de-biologia-molecular/covid-19>);
- g) Capacitar os funcionários nas técnicas de coleta, acondicionamento e transporte de amostras, conforme normas nacionais e locais.

Os critérios para classificação de risco e manejo do paciente suspeito e confirmado de SRAG e SG, estão dispostos no anexo A.

10 EQUIPAMENTOS DE SUPORTE À VIDA

A organização e atualização do parque tecnológico são fundamentais em casos de epidemia de SRAG e SG. Este processo é vital para garantir a estabilidade e o adequado suporte às funções respiratórias dos pacientes críticos; com impactos na saúde da sociedade.

Uma das principais ações nesse contexto é a verificação minuciosa dos equipamentos de suporte à vida, particularmente dos ventiladores pulmonares, realizada pela Engenharia Clínica. Esta verificação busca identificar e corrigir falhas, assegurando que todos os equipamentos estejam em perfeitas condições de funcionamento. A manutenção preventiva e corretiva desses dispositivos é essencial para garantir que estejam prontos para uso imediato, dado que os ventiladores pulmonares são essenciais no tratamento de pacientes com insuficiência respiratória severa.

Além da manutenção, é imprescindível determinar a quantidade e a natureza dos equipamentos necessários para enfrentar a epidemia. A gestão eficiente desses recursos é vital para atender os casos mais graves de SRAG, durante uma epidemia, a demanda por esses recursos pode superar rapidamente a capacidade disponível, complicando a aquisição de suprimentos adicionais devido à alta demanda em diversas regiões.

Neste contexto, a atualização frequente do mapeamento do parque tecnológico do hospital é de extrema importância. Este mapeamento deve incluir a identificação dos equipamentos em funcionamento e dos que estão avariados, proporcionando uma visão abrangente da infraestrutura disponível. Com essas informações, a administração hospitalar pode tomar decisões sobre a necessidade de novos equipamentos e a realocação dos existentes para maximizar a capacidade assistencial.

A atualização do parque tecnológico não só melhora a eficiência operacional, mas também aumenta a capacidade de resposta do hospital em situações de emergência. No HUJB, essa prática pode fazer a diferença na qualidade do atendimento prestado durante uma crise de saúde pública. Os equipamentos disponíveis para atendimento no HUJB estão disponíveis nos Apêndices D e E.

11 MONITORAMENTO

O processo de monitoramento diário da taxa de ocupação nas alas de internação, com distinção entre pacientes pediátricos e adultos, dos casos de SG e SRAG é realizado por meio do preenchimento da Planilha "SG e SRAG diária - HUJB-UFCG" do Serviço de Regulação Assistencial (SRA) pelas colaboradoras referências para vigilância do STGQ-HUJB, o qual é calculado o percentual de leitos ocupados por casos suspeitos e confirmados dessas condições, sendo assim essas informações são comunicadas diariamente ao Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ).

Logo, os canais pelos quais essas informações são transmitidas à Ebserh Sede são aqueles estabelecidos pelo SRA e pelo SGQ. Destaca-se ainda que o SGQ realiza reuniões semanais com os responsáveis pelo monitoramento das notificações da Rede, a fim de discutir o acompanhamento



dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória.

Os [Boletins epidemiológicos da PB de vírus respiratórios](#) e o [BI dos casos de SRAG PB](#) demandam uma atenção especial por parte do STGQ, incumbido de destacar aspectos relevantes do documento para a governança hospitalar.

O acionamento dos diferentes níveis do plano, assim como as ações imediatas e planejadas a partir dessa decisão, serão comunicados em até 12 horas à Ebserh Sede, sendo essencial que tais informações sejam transmitidas ao SGQ por meio do Aplicativo Microsoft Teams e pelo e-mail vigilancia.sede@ebserh.gov.br.

12 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, KLR *et al.* Fatores associados à síndrome respiratória aguda grave em uma Região Central do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4121-4130, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vyW3LvH4KB38LQq4qvGVpPs/?lang=pt>. Acesso em 12 de mar 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Atualizada em 31/03/2023 e revisada em 02/05/2023. Brasília, 2023. 188p. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-n04-2020_servicos-saude-orientacoes-covid_atualizada-em-31-03-2023-1.pdf. Acesso em 21 de mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caderno Especial de Indicadores Básicos sobre Covid-19**. [recurso eletrônico]. Brasília, 2022. 1ª edição, 161p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_especial_indicadores_basicos_covid.pdf. Acesso em 20 de mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia de Manejo e Tratamento de Influenza 2023**. [recurso eletrônico]. Brasília, 2023. 1ª edição, 60p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manejo_tratamento_influenza_2023.pdf. Acesso em 18 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia para Elaboração de Planos de Contingência**. Brasília, 2024. 1ª edição, 44p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/guia-para-elaboracao-de-planos-de-contingencia/view>. Acesso em 13 de mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia para investigação de surtos ou epidemias**. Brasília, 2018. 1ª edição, 66p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_investigacao_surtos_epidemias.pdf. Acesso em 26 de mar 2024.



BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Nota Técnica nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS. Orientações sobre a estratégia e operacionalização da coleta de amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swab combinado (nasal/oral) para diagnóstico laboratorial dos vírus respiratórios, no contexto da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-13-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/view>. Acesso em 7 de mai 2024.

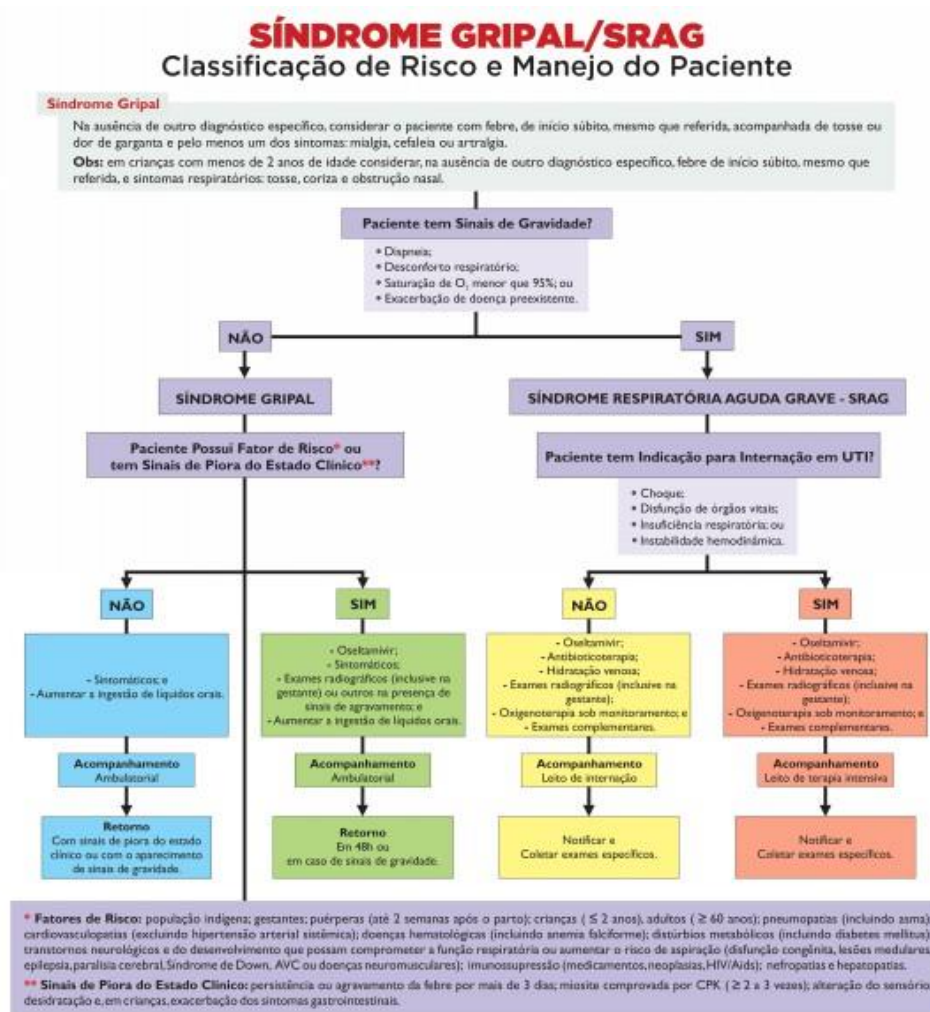
BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza. Brasília, 2010. 4ª edição, 34p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdf. Acesso em 12 de mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública – Influenza: Preparação para a Sazonalidade e Epidemias. [recurso eletrônico]. Brasília, 2023. 1ª edição, 60p. Disponível em: <https://epi.uff.br/wp-content/uploads/sites/678/2022/09/Plano-de-Contingencia-para-Sazonalidade-e-Epidemias-de-Influenza-Final-enviado-19.03.2019.pdf>. Acesso em 12 de mar 2024.

13 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	17/05/2024	Versão inicial.
2	03/06/2025	Revisão e normatização de acordo com MN.SGQ.006.

ANEXO A - Classificação de risco e manejo do paciente



DROGA	FAIXA ETÁRIA	TRATAMENTO	
OSELTAMIVIR	Adulto	75mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
3 a 5 meses		20mg, 12/12h, 5 dias	
6 a 11 meses		25mg, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos: 10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias	

Quando indicado, iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIFE TEM TRATAMENTO



APÊNDICE A – Capacidades instalada e de ampliação de leitos

Leitos - tipo	Capacidade instalada de leitos que podem ser destinados imediatamente ¹ para atendimento de casos de SRAG, mantendo-se o atendimento de rotina do hospital em sua totalidade	Quantitativo de leitos que podem ser ampliados para atendimentos de casos de SRAG sem necessidade de recursos adicionais, ou seja, por meio de remanejamento de pessoal, reorganização de áreas físicas etc., mantendo-se as internações e atendimentos hospitalares que não podem ser interrompidos	Quantitativo de leitos que pode ser ampliado para atendimento de casos de SRAG somente com aporte adicional de recursos, ou seja, contratação de pessoal, aquisição de mais insumos, mais medicamentos etc.
UTI Adulto	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
UTI Pediátrica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
UTI Neonatal	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Clínicos Adulto	15	0	7
Clínicos Pediátricos	12	06	10
Pronto-Socorro Adulto	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Pronto-Socorro Pediátrico	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Pronto-Socorro Pediátrico para pacientes neonatos (0 a 28 dias)	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

¹Considerar a taxa de ocupação dos últimos 12 meses para esta estimativa.

APÊNDICE B – Capacidades de atendimento a casos de SRAG atual e de ampliação

	Número de pacientes/mês
Capacidade atual de atendimento para casos suspeitos e/ou confirmados de SRAG	27
Ampliação do atendimento para casos de SRAG <u>sem</u> necessidade de recursos adicionais, ou seja, por meio de remanejamento de pessoal, reorganização de áreas físicas etc.	37
Ampliação do atendimento para casos de SRAG <u>somente com</u> aporte de recursos adicionais, ou seja, por meio de contratação de pessoal, aquisição de mais insumos, mais medicamentos etc.	57



APÊNDICE C – Ações a serem executadas de acordo com o nível de resposta

Nível 0 - Alerta			
Ações	Executado?	Observação	Responsável
1. Estabelecer critérios de triagem para identificação de casos de SRAG e SG no pronto-socorro, priorizando pacientes com fatores de risco ou sinais de agravamento respiratório e reduzindo o risco de transmissão na sala de espera;	Não se aplica (não temos PS)	Não se aplica (não temos PS)	Não se aplica (não temos PS)
2. Capacitar os profissionais do hospital em medidas de precaução para garantir uma abordagem segura diante de doenças respiratórias;			GAS E STGQ
3. Orientar os pacientes sobre as precauções para gotículas e a importância da higienização das mãos, especialmente após tossir ou espirrar;		Reforçar informações nas buscas ativas da CCIH	STGQ (CCIH) e Unidades assistenciais
4. Implementar ações de limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos hospitalares para prevenir a propagação de doenças respiratórias;		Será reforçado ações de limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos hospitalares (discutido capacitação com terceirizados na última reunião da CCIH) Sim (PRT.STHH.002 - Higienização Hospitalar)	CCIH e Hotelaria
5. Promover a comunicação interna por meio da publicação de boletins epidemiológicos, contendo informações mínimas, conforme modelo disponibilizado pela Ebserh Sede, mantendo os profissionais atualizados sobre o cenário epidemiológico local e do HUJB;		Boletins informativos do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar NVEH do HUJB São publicados e divulgados	STGQ

6. Elaborar um planejamento detalhado dos insumos necessários para diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, garantindo a disponibilidade adequada;	Medicamento já realizado	UDIDE, SAFS e SFH
7. Assegurar a constituição atualizada do Comitê Interno de Gestão de Crise (CIGEC) para uma resposta coordenada em situações de crise de saúde pública;		SEGOV
8. Reorganizar as visitas nos setores afetados pelos casos de SRAG, estabelecendo critérios como o número de visitantes, triagem de sintomas e tempo de permanência, para reduzir o risco de transmissão de doenças respiratórias entre pacientes, visitantes e profissionais de saúde;	POP “Normas E Rotinas Para Visitantes E Acompanhantes Dos Pacientes Internos” estabelece essa padronização.	GAS, STGQ e STESP
9. Estabelecer e atualizar protocolos de manejo de casos conforme as orientações do Ministério da Saúde para uma resposta eficaz diante de surtos de SRAG;	Atualizar protocolo “Controle De Surtos De Doenças Infectocontagiosas Incluindo Bactérias Multirresistentes” com as orientações do MS diante de surtos de SRAG;	GAS (DMED, DENF) e STGQ
10. Realizar revisões periódicas do protocolo de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde para garantir sua eficácia diante de doenças respiratórias;		STGQ
11. Divulgar o protocolo de triagem e classificação de risco. Caso não tenha um protocolo redigido, é imprescindível sua elaboração, considerando a necessidade de evitar o cruzamento de atendimento a pacientes com sintomas respiratórios com outros fluxos distintos;	N/A	GAS (DMED, DENF), STGQ e GEP
12. Elaborar registro de pessoal complementar, composto por profissionais de saúde que se voluntariam para realizar plantões adicionais em momentos de crise.		GAS e DIVGP
13. Implementar e assegurar a adoção de escalas de alerta precoce para monitorar a deterioração clínica em pacientes hospitalizado (MEWS em pacientes adultos e PEVS em pacientes PEDIÁTRICOS)		UCM e UCA

Nível 1 - Situação de Emergência		Executado?	Observação	Responsável
Ações				
14.	Implementar ou ampliar as áreas de Isolamento Respiratório em Coorte para assegurar o isolamento eficaz e seguro dos pacientes com sintomas gripais, minimizando assim o risco de transmissão no ambiente hospitalar;			STCOR, STGQ e STESP
15.	Realocar pacientes estrategicamente para ampliar a capacidade de atendimento;			STCOR
16.	Estabelecer o controle de contactantes para identificar e monitorar pessoas que tiveram contato com casos de SG e SRAG;			GAS e STCOR
17.	Reorganizar as equipes de saúde, redistribuindo os trabalhadores de maneira estratégica para otimizar o atendimento, assegurar cobertura adequada em todas as áreas críticas e maximizar a eficiência operacional do hospital. Isso inclui a realocação de médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde para as unidades ou setores com maior demanda, garantindo que todos estejam capacitados para lidar com casos de SRAG;			GAS
18.	Implementar o Time de Resposta Rápida (TRR), formado por uma equipe multiprofissional especializada em cuidados críticos à beira do leito, acionada por sinais de agravamento clínico. Após sua ativação, o TRR avalia o paciente em até 5 minutos e determina as intervenções necessárias, como administração de fluidos, antibióticos ou suporte ventilatório, evitando sobrecargas no sistema;			GAS
19.	Aumentar a capacidade de triagem e atendimento no pronto-socorro, quando aplicável, para garantir uma resposta rápida e eficiente;			NA
20.	Manter apenas os acompanhantes previstos em lei;			GAS
21.	Restringir a circulação de acompanhantes e visitantes no hospital para reduzir o risco de disseminação do vírus entre os pacientes e a comunidade hospitalar;			GAS
22.	Acionar o CIGEC para coordenação das ações de resposta ao surto de SRAG;			SUP
23.	Discutir com o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) estratégias de reorganização da RAS para uma resposta coerente, integrada e eficiente diante da situação emergencial.			SUP
Nível 2 - Crise				
Ações		Executado?	Observação	Responsável
24.	Ativar medidas de resposta rápida, incluindo a mobilização do maior número possível de equipes de saúde e de apoio para lidar prontamente com a situação emergencial, garantindo uma abordagem ágil e eficaz;			GAS
25.	Suspender atividades eletivas não essenciais, conforme necessidade, para liberar os trabalhadores, materiais e infraestrutura, priorizando o atendimento de pacientes SRAG e outras emergências em saúde;			GAS E STCOR
26.	Recrutar profissionais de outras áreas para cuidado de pacientes críticos, utilizando estes profissionais para proporcionar cuidados não críticos, principalmente;			GAS (DMED, DENF, UMULTI))
27.	Considerar áreas do hospital com capacidade de monitorização como unidade de recuperação pós-anestésica, unidades cardio-coronarianas como locais preferenciais para alocação de doentes críticos;			STCOR, GAS
28.	Realocar recursos conforme necessário, quando possível, incluindo equipamentos de suporte à vida e suprimentos, para garantir uma distribuição adequada e eficiente de recursos dentro do hospital;			STEC,GAS



29. Estabelecer um diálogo efetivo com os gestores SUS para garantir uma resposta unificada e coordenada diante do surto de SRAG, com troca de informações constantes e compartilhamento de recursos;			STCOR, SUP
30. Implementar áreas de triagem externa para avaliar e direcionar pacientes com sintomas respiratórios aos locais adequados dentro do hospital, diminuindo o risco de exposição de pacientes e profissionais de saúde a doenças respiratórias, assegurando um fluxo de atendimento eficaz e organizado da demanda espontânea e referenciada;			GAS, SUP
31. Suspender as visitas não essenciais para reduzir o risco de transmissão de doenças respiratórias entre pacientes, visitantes e profissionais de saúde, garantindo assim um ambiente mais seguro e protegido dentro do hospital			GAS



APÊNDICE D – Levantamento do número de equipamentos por unidade de atendimento

Equipamentos	Número de equipamentos existentes por unidade de atendimento					
	Enfermarias			Áreas de cuidados críticos		
	UCM	UCA	UCIR	UTI A	UTI B	UTI C
Ventiladores mecânicos adultos	02	04				
Ventiladores mecânicos pediátricos						
Ventiladores mecânicos neonatais						
Painéis de gases completo (saídas de O ₂ , vácuo e ar comprimido) para instalação de ventiladores mecânicos (nº total de painéis completos para uso)	26	14	14			
Ventiladores mecânicos de transporte		01				
Carros de anestesia						
Monitores multiparamétricos	04	04	01			
Bombas de infusão	04	04				
Bombas para dieta enteral						
Camas hospitalares monitorizadas (<i>Fowler</i>)	18	10	13			
Gasômetros						
Carrinho de emergência	01	01	01			
Desfibriladores	01	01	01			
Vácuo portátil	01	01	01			
Cilindro de oxigênio	01	01	01			

APÊNDICE E – Levantamento do número de equipamentos para apoio diagnóstico segundo condições

Descrição do equipamento	Número de equipamentos existentes				Número de equipamentos necessários para abertura de novos leitos
	Em condições de uso*	Aguardando manutenção**	Em manutenção corretiva***	Fora de uso****	
Tomógrafo	00				
Endoscópios	01				
Broncoscópios	00				
RX-fixo	01				
RX-móvel	01				
Ultrassom	03 fixos 02 móveis				
Máquinas de hemodiálise	00				
Máquinas de hemoperfusão	00				
Cardiotocografia	00				
RT-PCR	00				
Aparelho de sonar	05			05	
Ressonância magnética	00				
Mamógrafo	00				

* Equipamentos que estão disponíveis para uso no hospital

** Equipamentos que estão fora de uso, mas aguardando manutenção corretiva nos próximos 60 dias.

*** Equipamentos que estão em manutenção corretiva no momento da coleta da informação.

**** Equipamentos que estão fora de uso, sem previsão de manutenção nos próximos 60 dias.

