

# PLANO

HUAP - UFF/EBSERH

## Plano de contingência para gerenciamento de surto de síndrome respiratória aguda grave

Versão: 1 | 2025



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO.....</b>	<b>2</b>
<b>2. LISTAS DE SIGLAS.....</b>	<b>2</b>
<b>3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E NOTIFICAÇÃO DE CASOS.....</b>	<b>3</b>
3.1 Síndrome Gripal (SG).....	3
3.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).....	3
<b>4. INFORMAÇÕES DO HOSPITAL .....</b>	<b>3</b>
4.1. Informações gerais.....	3
4.2. Leitos para pacientes adultos.....	4
4.3. Leitos pediátricos.....	4
4.4. Capacidade para atendimento a casos de SRAG.....	5
<b>5. NÍVEIS DE RESPOSTA.....</b>	<b>6</b>
5.1 Nível 0.....	6
5.2 Nível 1.....	7
5.3 Nível 2.....	8
<b>6. COMITÊ INTERNO DE GESTÃO DE CRISE (CIGEC).....</b>	<b>8</b>
<b>7. RESPONSÁVEIS PELO ACIONAMENTO DO PLANO.....</b>	<b>9</b>
<b>8. GESTÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS.....</b>	<b>10</b>
<b>9. DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>13</b>
<b>10. EQUIPAMENTOS DE SUPORTE À VIDA.....</b>	<b>14</b>
<b>11. MONITORAMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>12.REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>
<b>13.HISTÓRICO DE REVISÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>14.RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO.....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO A - Diagnóstico laboratorial de SG e SRAG.....</b>	<b>17</b>
<b>APÊNDICE A – Capacidades instalada e de ampliação de leitos.....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICE B – Capacidades de atendimento a casos de SRAG atual e de ampliação.....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE C – Levantamento do número de equipamentos por unidade de atendimento.....</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICE D – Levantamento do número de equipamentos para apoio diagnóstico segundo condições.....</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

As infecções por vírus respiratórios, geralmente apresentam quadro clínico semelhante e podem estar associadas a diferentes patógenos, como vírus sincicial respiratório (RSV), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, entre outros. A Vigilância da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi estabelecida no ano de 2020, na pandemia de COVID-19.

A criação de um Plano de Contingência direcionado à organização da unidade hospitalar 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.

O Plano de Contingência tem como objetivo direcionar as atividades, guiar a resposta a emergências na saúde pública e definir claramente as responsabilidades e funções dos participantes envolvidos. 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.

## 2. LISTA DE SIGLAS

**AGHU:** Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

**CIGEC:** Comitê Interno de Gestão de Crise

**COVIG:** Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói

**GAD:** Gerência Administrativa

**GAS:** Gerência de Atenção à Saúde

**GEP:** Gerência de Ensino e Pesquisa

**MEWS:** Modified Early Warning Score

**NHE:** Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

**PEWS:** Pediatric Early Warning Score

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**SG:** Síndrome Gripal

**SRAG:** Síndrome Respiratória Aguda Grave

**STCOR:** Setor de Contratualização e Regulação

**STGQ:** Setor de Gestão da Qualidade

**TRR:** Time de Resposta Rápida

**Vigihosp:** Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares



### 3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E NOTIFICAÇÃO DE 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. Todo caso de SG deve ser notificado no e-SUS notifica.

#### 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 O<sub>2</sub> 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 em até 24 horas para a Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói (COVIG) e no Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp).

### 4. INFORMAÇÕES DO HOSPITAL

#### 4.1. Informações gerais

##### 1. Número total de leitos hospitalares e por especialidade conforme capacidade instalada:

UTI adulto: 16 operacionais

UCO: 10

UTIN/ UCINCo/ UCINCa: 20

UUE: 20

7º andar: 38 (17 obstetria risco habitual / 16 clínicos/ 5 cirúrgicos)

6º andar: 32 (16 clínicos / 16 cirúrgicos)

5º andar: 6 leitos dia/ 10 leitos pediatria clínica

4º andar: 16 cirúrgicos /12 hematológicos (operacionais)

2º andar: 11 DIP / 4 Nefrologia

Obstetria: 9 alto risco + 5 PPP (3 risco habitual + 2 alto risco)

Total: 209

2. Média mensal da taxa de ocupação hospitalar no ano de 2024: 83%

3. Média mensal de permanência hospitalar em leitos clínicos no ano de 2024: 11 dias



## 4.2. Leitos para pacientes adultos

1. **Média mensal da taxa de ocupação do Pronto-Socorro Adulto dos últimos 6 meses:** 196% (somente hipodermia)
2. **Média mensal da taxa de ocupação hospitalar e operacional de leitos clínicos adultos dos últimos 6 meses:** 83%
3. **Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto no ano de 2024:** UTI geral= 95%/ Unidade coronariana=91%
4. **Média mensal de permanência da internação clínica adulto no ano de 2024:** 11 dias
5. **Média mensal de permanência da UTI geral adulto dos últimos 6 meses:** 6,58

Julho de 2024 = 6,05

Agosto de 2024 = 5,92

Setembro de 2024 = 6,39

Outubro de 2024 = 7,70

Novembro de 2024 = 7,34

Dezembro de 2024= 7,68

## 4.3. Leitos pediátricos

1. **Média mensal da taxa de ocupação do Pronto-Socorro Pediátrico dos últimos 6 meses:** não se aplica
2. **Média mensal da taxa de ocupação hospitalar e operacional de leitos clínicos pediátricos no ano de 2024:** 68% /10 leitos operacionais
3. **Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos UTI pediátricos dos últimos 6 meses:** não se aplica
4. **média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos UTI Neonatal (Neo) no ano de 2024:** 89%
5. **Média mensal da taxa de ocupação hospitalar de leitos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) no ano de 2024:** 74%
6. **Média mensal de permanência da internação clínica pediátrica no ano de 2024:** 08 dias
7. **Média mensal de permanência da UTI pediátrica no ano de 2024:** não se aplica
8. **Média mensal de permanência da UTI Neo dos últimos 6 meses:** 12 dias

Julho de 2024 = 9,31

Agosto de 2024 = 10,68

Setembro de 2024 = 5,84

Outubro de 2024 = 7,79

Novembro de 2024 = 15,35

Dezembro de 2024= 7,57

#### **4.4. Capacidade para atendimento a casos de SRAG**

##### **1. número de leitos de isolamento respiratório privativos e em coorte;**

UTI adulto: 1 leito isolamento

UCO: 1 leito de isolamento

Hemato: 1 leito de isolamento

DIP: 11 leitos de isolamento

UUE: 1 leito isolamento

Total: 15 leitos de isolamento privativo

##### **2. capacidade instalada e de ampliação de leitos para atendimentos a casos de SRAG por unidade hospitalar (UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal; Clínicos Adulto e Pediátricos; e Urgência e Emergência);**

UTI adulto: capacidade instalada: 16/ leitos operacionais: 16 – ampliação para atendimento de SRAG se aumento de RH (tecnicos de enfermagem).

UTI pediátrico: não há no HUAP

UTI neonatal: capacidade instalada 8 / não há como ampliar.

Clínico Pediátrico: capacidade instalada: 15 leitos/ leitos operacionais: 10 (para ampliação em 5 necessita RH de enfermagem)

Clínico adulto: capacidade instalada 62 / operacionais 55. Há 3 leitos não operacionais na enfermaria de hematologia. Considerando que os únicos leitos não operacionais são na hematologia, não há perspectiva de ampliação de leito clínico.

Urgência e Emergência: capacidade instalada; 20 leitos. Taxa de ocupação persistente acima de 200%. Não há possibilidade de ampliação.

##### **3. capacidade atual de atendimento e ampliação para casos de SRAG (número de pacientes/mês) sem e com aporte de recursos adicionais;**

Capacidade de ampliação:

Clínico Pediátrico: 5 leitos – necessita RH

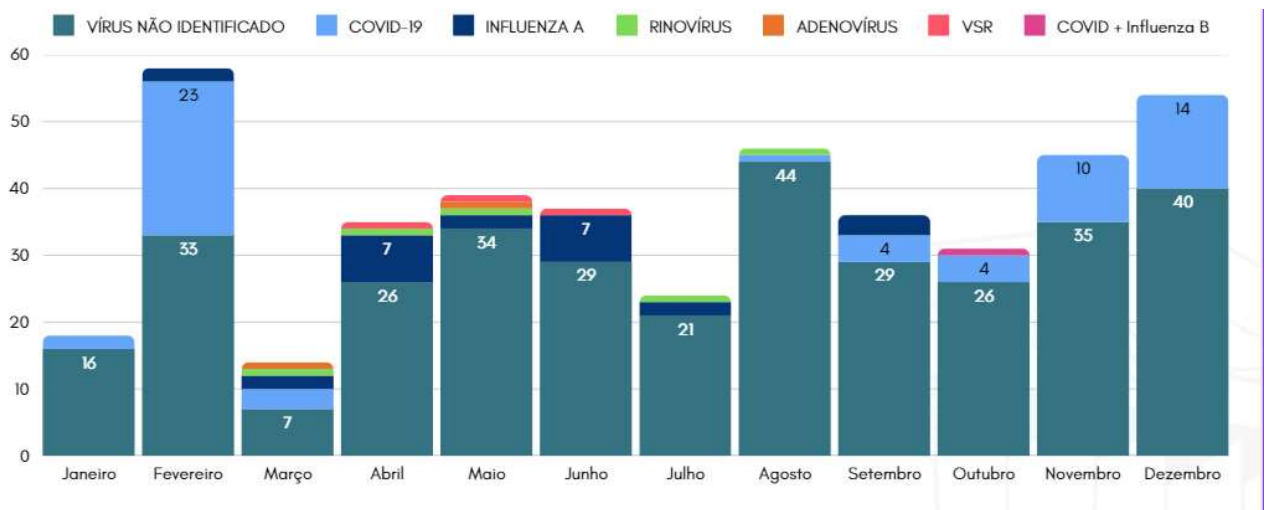
##### **4. informações do hospital que possam interferir na resposta ao enfrentamento ao surto de SRAG.**

Alguns leitos do setor de infectologia (DIP) poderiam ser “reservados” para casos SRAG. Hoje já trabalhamos com a capacidade instalada máxima, não conseguindo fazer ampliação. No entanto, poderá ser feita reserva de leito para SRAG se necessário.

## 5. NÍVEIS DE RESPOSTA

Esse plano de Contingência é composto por 3 níveis de resposta: alerta, situação de emergência e situação de crise. Os níveis de resposta serão revisto e avaliados diariamente de acordo com o número de notificações de casos suspeitos e confirmados atendidos no HUAP.

**Gráfico 1: Casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Graves e Síndrome Gripal, segundo vírus respiratório identificado, de 01 de janeiro a 31 de dezembro 2024.**



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ UVS/STGQ/ HUAP, 2024. Dados atualizados em 10/03/2025

5.1 Nível 0 - Alerta Acionada: diante de um cenário em que a Unidade de Urgência e Emergência e 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 no município de Niterói ou na Região Metropolitana II ultrapassa o limite superior do canal endêmico, ou o plano de contingência da HUAP está no Nível 0 ou superior, conforme o boletim mais recente.

NÍVEL 0 – ALERTA			
Ações	Executado	Observação	Responsável
1. Estabelecer critérios de triagem para identificação de casos de SRAG e SG na UUE, priorizando pacientes com fatores de risco ou sinais de agravamento respiratório e reduzindo o risco de transmissão na sala de espera;			Indra Faheina
2. Capacitar os profissionais do hospital em medidas de precaução para garantir uma abordagem segura diante de doenças respiratórias;			Juliana Amorim
3. Orientar os pacientes sobre as precauções para gotículas e a importância da higienização das mãos, especialmente após tossir ou espirrar;			Juliana Amorim
4. Implementar ações de limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos hospitalares para prevenir a propagação de doenças respiratórias;			Wilton Gonçalves
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 HUAP;			Juliana Amorim

6. Elaborar um planejamento detalhado dos insumos necessários para diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, garantindo a disponibilidade adequada;			Michele Nascimento/Danyelle Cristina/José Wilson Firmida/ André Peçanha
7. Assegurar a constituição atualizada do Comitê Interno de Gestão de Crise (CIGEC) para uma resposta coordenada em situações de crise de saúde pública;			Veronica Alcoforado
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;			Michele Nascimento/ Ana Paula Amorim
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;			Patricia Yvone
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;			Juliana Amorim
11. Divulgar o protocolo de triagem e classificação de risco.			Indira Faheina
12. 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;			Sâmia Graciele Maia
13. 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;			Michele Nascimento/ Fabiana Braga/ Ana Paula Amorim

5.2 Nível 1 – Situação de Emergência: Acionado diante de um cenário de superlotação na Unidade de Urgência e Emergência ou nas áreas de internação do hospital, em que há a necessidade de encaminhamento de pacientes a outras unidades da Rede de atenção à saúde, 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 HUAP e, em ao menos uma delas, com a incidência de casos de SRAG no município ou no estado do Rio de Janeiro (RJ) acima do limite superior do canal endêmico ou com o plano de contingência da RJ no Nível 1 ou acima, conforme boletim mais recente.

**NÍVEL 1 – SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Ações	Executado	Observação	Responsável
15. Realocar pacientes estrategicamente para ampliar a capacidade de atendimento;			Michele Nascimento
16. Estabelecer o controle de contactantes para identificar e monitorar pessoas que tiveram contato com casos de SG e SRAG;			Juliana Amorim
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;			Michele Nascimento / Fabiana Braga
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;			Michele Nascimento
19. Aumentar a capacidade de triagem e atendimento na UUE, quando aplicável, para garantir uma resposta rápida e eficiente;			Indira Faheina
20. Manter apenas os acompanhantes previstos em lei;			Fabiana Braga/ Christiano Andrade
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;			Michele Nascimento/ Fabiana Braga/ Christiano Andrade

22. Acionar o CIGEC para coordenação das ações de resposta ao surto de SRAG;			Juliana Amorim
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.			Veronica Alcoforado

5.3. Nível 2 – Crise: Acionado diante de um cenário de superlotação na Unidade de Urgência e Emergência ou 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 no município ou no estado do RJ, ou ainda, o plano de contingência da RJ se encontra no Nível 2, conforme indicado no boletim mais recente. 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:

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;			Michele Nascimento
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;			Veronica Alcoforado
26. Recrutar profissionais de outras áreas para cuidado de pacientes críticos, utilizando estes profissionais para proporcionar cuidados não críticos, principalmente;			Michele Nascimento
27. Considerar áreas do hospital com capacidade de monitorização como unidade de recuperação pós-anestésica, unidades cardiocoronarianas como locais preferenciais para alocação de doentes críticos;			Michele Nascimento
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;			Michele Nascimento
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;			Veronica Alcoforado
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;			Veronica Alcoforado/ José Wilson Firmida/ Michele Nascimento
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			Michele Nascimento

## 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. Para assegurar que todas as informações importantes sejam consideradas frente a necessidade de ampliação de atendimento a casos de SRAG, as seguintes unidades organizacionais participarão do CIGEC:



1. Superintendência;
2. GAS;
3. GAD;
4. GEP;
5. Divisão Médica;
6. Divisão de Enfermagem;
7. Divisão de Gestão do Cuidado;
8. Divisão de Gestão de Pessoas;
9. Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
10. Setor de Gestão da Qualidade;
11. Setor de Contratualização e Regulação; e
12. Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

## 7. RESPONSÁVEIS PELO ACIONAMENTO DO PLANO

Após o acionamento do nível 1 do plano de contingência, o CIGEC assume as responsabilidades por cada procedimento e pela comunicação interna e externa. Os responsáveis pelo acionamento do plano também devem estar devidamente informados sobre os critérios e indicadores que indicam a necessidade de ativação do plano. Além disso, devem receber prontamente atualizações sobre o número de atendimentos a casos de SG e SRAG, a taxa de ocupação geral e das unidades estratégicas, bem como serem notificados sobre situações que possam comprometer a capacidade de resposta do hospital.

RESPONSÁVEL	AÇÃO
Superintendente	Criação do CIGEC
GAS e Divisões	Organização da unidade para atendimento de sintomáticos respiratórios
GAD	Dar suporte aos setores responsáveis para previsão e provisão de insumos para o atendimento de sintomáticos respiratórios
GEP	Liberação de atividades de ensino de acordo com a orientação da UFF
Setor de Gestão da Qualidade	Comunicar imediatamente SGQ sobre acionamento dos diferentes níveis do plano

Unidade de Vigilância em Saúde	Fornecer dados epidemiológicos, que indicam a necessidade de ativação do plano
Setor de Contratualização e Regulação	Fornecer informações em conjunto com a UVS sobre a taxa de ocupação de sintomáticos respiratórios
Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho	Conduzir o levantamento, previsão e provisão de EPI's

## 8. GESTÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS

A gestão de medicamentos é realizada rotineiramente no HUAP com a finalidade de manter a oferta adequada dos insumos para os pacientes internados e o uso racional de medicamentos, conforme perfil epidemiológico da instituição. Dado o contexto organizacional, foram considerados os medicamentos e insumos referidos pelo Guia de Elaboração do Plano de Contingência para gerenciamento de surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave, versão 1, 2024 da Ebserh (disponível em: [https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/PlanejamentoInsumos/\\_layouts/15/AccessDenied.aspx?Source=https%3A%2F%2Febserhnet%2Esharepoint%2Ecom%2Fsites%2FPlanejamentoInsumos&relation=abd02ca1%2D40b4%2D5000%2D86b0%2D687400c8ad94](https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/PlanejamentoInsumos/_layouts/15/AccessDenied.aspx?Source=https%3A%2F%2Febserhnet%2Esharepoint%2Ecom%2Fsites%2FPlanejamentoInsumos&relation=abd02ca1%2D40b4%2D5000%2D86b0%2D687400c8ad94)).

Em casos de SRAG, são utilizados principalmente os aerossóis inalatórios de beta-agonistas de longa duração (LABA), antagonistas muscarínicos de longa duração (LAMA) ou corticosteroides, em formas individuais ou em associação; soluções para nebulização contendo beta-agonistas, antimuscarínicos ou corticosteroides; opiáceos, benzodiazepínicos, propofol, dexmedetomidina e bloqueadores neuromusculares, endovenosos utilizados para realização de procedimentos de intubação orotraqueal e traqueostomia, além da manutenção da sedo-analgesia em pacientes críticos e adaptação à ventilação mecânica. Por fim, destacam-se os medicamentos de uso sintomático, como anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos, antitérmicos, anti-histamínicos e antitussígenos.

Os itens a seguir compõem o roll de atribuições e ações a serem tomadas pelo SAFS e SFH em resposta ao surto de SRAG, a fim de suprir a demanda por medicamentos e insumos utilizados no tratamento e nas medidas de prevenção da transmissão de vírus respiratórios. Essas medidas visam à manutenção da assistência hospitalar eficiente, segura e ágil, de acordo com os níveis de resposta ao surto que serão sinalizados pela GAS.

Medidas que devem ser adotadas:

### 1. Manter um estoque adequado e monitorar as curvas de consumo de produtos para a saúde e medicamentos:

- a. manter contato direto com a UVS para identificar aumento das internações por síndrome gripal;



- b. comunicar o aumento da demanda à UACE para alteração do quantitativo adquirido conforme a nova demanda (nível 1);
- c. monitorar semanalmente o consumo de medicamentos e produtos para saúde (nível 2);
- d. Implementar um sistema de gestão de inventário em tempo real: Utilizar software especializado para rastrear e atualizar automaticamente os níveis de estoque e padrões de consumo.
- e. Realizar auditorias periódicas de estoque: programar verificações regulares para garantir a precisão dos registros de inventário e identificar discrepâncias.
- f. Analisar dados históricos e preditivos

**2. 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;:**

- a. Elencar possíveis substituintes para os casos de emergência ou crise (nível 0)
- b. Colocar a lista de substituintes e divulgar para a UACE e a equipe multiprofissional (nível 0)
- c. divulgar alertas à equipe multiprofissional para a substituição por itens equivalentes ou similares, indicando a dose e posologia equivalentes, quando aplicável (nível 1)
- d. Divulgar à equipe multiprofissional lista de medicamentos que devem ser priorizados para o uso em áreas críticas (nível 2)
- e. Em caso de desabastecimento de mercado, comunicar às gerências, GAS e GAD, para agilização dos trâmites burocráticos de compra de substituintes (nível 2)
- f. Configurar notificações automáticas: Implementar um sistema de alerta que envie notificações por e-mail ou mensagem quando os níveis de estoque de itens críticos atingirem o ponto de reabastecimento.
- g. Desenvolver um protocolo de resposta rápida: Criar procedimentos claros e designar equipes responsáveis para agir imediatamente quando um alerta de desabastecimento for recebido.
- h. Monitorar continuamente indicadores de saúde pública: Integrar dados regionais e nacionais sobre o aumento de casos de SRAG para ajustar proativamente os níveis de estoque.

**3. Consultar regularmente os fornecedores dos insumos mais relacionados à SRAG:**

- a. Estabelecer contratos de fornecimento flexíveis: Negociar contratos que permitam ajustes rápidos nas quantidades fornecidas com base na demanda.
- b. Manter comunicação frequente com fornecedores: Programar reuniões regulares para discutir previsões de demanda, problemas de fornecimento e possíveis soluções.
- c. Criar um cadastro de fornecedores alternativos: Ter uma lista de fornecedores secundários para garantir fornecimento contínuo em caso de problemas com o fornecedor principal.

#### **4. Identificar o espaço físico adequado para o armazenamento:**

- a. Realizar uma avaliação detalhada das instalações: Identificar áreas adequadas para armazenamento que atendam a requisitos de acessibilidade, segurança, temperatura, ventilação, luz e umidade.
- b. Implementar controles ambientais: Instalar sistemas de controle de temperatura e umidade para manter condições ideais de armazenamento.
- c. Organizar o espaço de forma eficiente: Utilizar técnicas de organização como armazenamento vertical e etiquetagem clara para maximizar o uso do espaço disponível.

#### **5. Manter uma relação estreita com os STGQ e o laboratório do hospital:**

- a. Comunicar-se com STGQ para divulgação de medicamentos e insumos em risco de desabastecimento e seus possíveis substituintes (nível 0)
- b. Disponibilizar manuais de apoio à prescrição e uso de medicamentos para otimizar o aproveitamento das formas farmacêuticas disponíveis em estoque (estabilidade de soluções diluídas, uso de medicamentos via sonda, dentre outros) (nível 1)
- c. Em caso de desabastecimento de mercado, comunicar ao STGQ, para agilização dos trâmites burocráticos de compra de substituintes não padronizados na instituição (nível 2)
- d. Agendar reuniões regulares de alinhamento: Programar encontros periódicos para discutir necessidades de abastecimento, padrões de consumo e problemas de qualidade.
- e. Estabelecer canais de comunicação diretos: Criar grupos de comunicação instantânea (como grupos de chat) para resolver rapidamente quaisquer questões que surjam.
- f. Desenvolver planos de contingência conjuntos: Trabalhar em colaboração para criar planos de ação para situações de emergência ou desabastecimento.

#### **6. manter alinhamento entre Comissões de Padronização e áreas de abastecimento para análise quanto a insumos padronizados e seus possíveis intercambiáveis:**

- a. elaborar e publicar em conjunto com as comissões de padronização protocolos de tratamento de SRAG contendo medicamentos e insumos padronizados na instituição que possam ser utilizados pela equipe assistencial (nível 0)
- b. incluir nas reuniões habituais da CFT e da CPPS a padronização de novos medicamentos e insumos para os quais não existe substituto padronizado, e de medicamentos e insumos em desabastecimento ou estoque crítico (nível 0)
- c. comunicar-se semanalmente com as comissões de padronização e as gerências para agilização dos trâmites burocráticos de aquisição de medicamentos e insumos em desabastecimento, estoque crítico e seus possíveis substituintes (nível 1)
- d. comunicar-se diariamente com as comissões de padronização e as gerências para agilização dos trâmites burocráticos de aquisição de medicamentos e insumos em desabastecimento, estoque crítico e seus possíveis substituintes (nível 2)

- e. Criar um comitê de coordenação: Formar um grupo interdepartamental responsável por revisar e aprovar mudanças nos insumos padronizados e seus substitutos.
- f. Realizar workshops e treinamentos conjuntos: Promover sessões de treinamento para alinhar todos os envolvidos sobre novos produtos, procedimentos e melhores práticas.
- g. Utilizar um sistema de gestão de dados centralizado: Implementar uma plataforma que permita o compartilhamento de informações atualizadas entre as comissões e áreas de abastecimento.

**7. Quadro para Monitoramento de Curvas de Consumo**

		Consumo Mensal											
Cod_Mat	Nome_Mat	2024/04	2024/05	2024/06	2024/07	2024/08	2024/09	2024/10	2024/11	2024/12	2025/01	2025/02	2025/03
5912	LUVA CIRURGICA ESTERIL DESCARTAVEL Nº 7,5	4160	8621	4558	4061	4201	3655	3718	1474	0	3010	3408	1542
5913	LUVA CIRURGICA ESTERIL DESCARTAVEL Nº 7,0	3262	1908	3075	3300	4168	4123	4115	4449	2270	3977	3680	1712
5914	LUVA CIRURGICA ESTERIL DESCARTAVEL Nº 8,0	1413	1494	860	1872	1427	980	1252	1036	1403	1116	1382	485
5925	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTER DESCART PEQUENO	595	573	542	1231	1333	915	974	916	996	881	1084	313
5926	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTER DESCART MEDIO	2161	1571	1584	1658	2654	1876	1871	1614	1618	1689	1932	897
5927	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTER DESCART GRANDE	931	750	691	1696	1323	754	820	669	416	543	597	243
6067	MASCARA DESCARTAVEL P/ ISOLAMENTO RESPIRATORIO	388	270	366	2402	283	490	377	410	259	165	7	308
13334	LUVA CIRURGICA ESTERIL DESCARTAVEL Nº 6,5	1567	1631	1735	1801	200	0	675	325	0	875	2125	830
14175	SAPATILHA CIRURGICA TNT 15CM DE ALT X 18CM DE LARG GRA	8000	6800	6600	8300	8100	7000	7800	6900	2500	17800	6200	3200
14630	LUVA CIRUR. ESTERIL Nº 6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18021	AVENTAL MANGA LONGA 100% PP 30G/40GR NAO ESTERIL	14220	12290	12630	15540	16120	16690	22100	17144	15991	18580	20370	7732
19991	TOUCA DESCARTAVEL COM ELASTICO ( EBSERH )	17200	16800	20000	17500	25000	14600	20200	17600	17000	13600	15800	3500
20003	MASCARA CIRURGICA TRIPLA COM ELASTICO (EBSERH)	49800	32100	26200	35800	53100	28500	32150	23200	16550	38550	26150	12700
20540	AVENTAL CIRURGICO GR 50 LAMINADO ESTERIL MANGA LONGA	2347	2326	2272	2401	2088	2083	2744	1941	1857	1970	2180	840
401139	LUVA CIRURGICA DE LATEX 8,5 ESTERIL DESCARTAVEL	80	26	46	71	30	185	50	10	100	55	98	0
403503	LUVA CIRURGICA ISENTA DE LATEX 6,0	70	136	350	75	130	93	0	0	0	0	0	0

**8. Quadro para Alerta de Desabastecimento**

Produto	Adequado	Baixo	Crítico
LUVA CIR. ESTERIL DESCARTAVEL Nº 7,5	11131	5565	3710
LUVA CIR. ESTERIL DESCARTAVEL Nº 7,0	8400	4200	2800
LUVA CIR. ESTERIL DESCARTAVEL Nº 8,0	3431	1716	1144
LUVA DE PROCEDIMENTO P	2174	1087,5	725
LUVA DE PROCEDIMENTO M	4304	2152,5	1435
LUVA DE PROCEDIMENTO G	2101	1051,5	701
MASCARA DESCARTAVEL P/ ISOLAMENTO	861	430,5	287
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 6,5	3495	1747,5	1165
SAPATILHA CIRURGICA TNT 15CM	21825	10912,5	7275
AVENTAL MANGA 30G/40GR NAO ESTERIL	35197	17599,5	11733
TOUCA DESCARTAVEL COM ELASTICO	40250	20125,5	13417
MASCARA CIRURGICA TRIPLA	91862	45931,5	30621
AVENTAL CIRURGICO GR 50 ESTERIL	5593	2797,5	1865
LUVA CIRURGICA DE LATEX 8,5 ESTERIL	128	64,5	43
LUVA CIRURGICA ISENTA DE LATEX 6,0	133	66	44

**9. DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico laboratorial os vírus respiratórios é fundamental para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle das síndromes gripais; e o sucesso do diagnóstico depende



fundamentalmente da qualidade do espécime clínico coletado, do seu adequado transporte e das condições de armazenamento antes do processamento no laboratório. A realização dos testes deve seguir a orientação descrita no fluxograma 1.

- Teste de antígeno para COVID: deve ser realizado em todos os pacientes atendidos na UUE ou internados que apresentem sintomas gripais,
- Painel viral: solicitar para todos os pacientes com sintomas gripais com teste de antígeno COVID negativo. Na indisponibilidade dos testes de antígeno, solicitar para todos os pacientes com febre e sintomas gripais. O painel viral será encaminhado para realização no Lacen-RJ.

Os testes de antígeno para COVID são fornecidos pela Secretária de Saúde de Niterói. A Unidade de Vigilância em Saúde em conjunto com o laboratório monitora o consumo dos testes de antígeno, comunica a Superintendente que solicita os testes para a Prefeitura de Niterói.

## 10. EQUIPAMENTOS DE SUPORTE À VIDA

É de suma importância que as áreas de Engenharia Clínica executem uma verificação minuciosa a fim de identificar quaisquer equipamentos de suporte à vida que necessitem de manutenção, principalmente os ventiladores pulmonares, visando assegurar a estabilidade e o adequado suporte às funções respiratórias dos pacientes. Deve-se determinar tanto a quantidade quanto a natureza dos equipamentos requeridos para enfrentar essa contingência. A gestão dos equipamentos de suporte à vida assume um papel fundamental na garantia de cuidados aos casos mais críticos de SRAG. As certificações vigentes estipulam que as UTI devem possuir autonomia para prover cuidados adequados aos pacientes por um período mínimo de 96 horas. Em contextos epidêmicos, esses recursos podem se esgotar rapidamente, dificultando a aquisição de suprimentos adicionais devido à intensa demanda em diversas regiões. Nesse contexto, a manutenção dos equipamentos de suporte à vida deve ser uma prioridade. Para tal fim, a elaboração ou atualização do mapeamento do parque tecnológico do HUF, acompanhada da identificação dos equipamentos em funcionamento e dos que estão avariados, reveste-se de importância primordial para uma compreensão abrangente e embasa as decisões, especialmente em cenários que exijam um aumento da capacidade assistencial a casos de SRAG. Para auxiliar no levantamento quantitativo dos equipamentos necessários para enfrentar um surto de SRAG, sugere-se a utilização das tabelas exemplificativas presentes nos Apêndices C e D.

## 11. MONITORAMENTO

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) fará o monitoramento diários dos casos através da notificação por busca ativa ou passiva em todos os setores do Hospital. O NHE irá participar das reuniões semanais realizadas pelo Serviço de Gestão da Qualidade da Ebserh Sede com o objetivo de discutir o acompanhamento dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória.

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, ao SGQ por meio do



Aplicativo Microsoft Teams e pelo e-mail [vigilancia.sede@ebserh.gov.br](mailto:vigilancia.sede@ebserh.gov.br).

## 12. REFERÊNCIAS

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. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Guia para elaboração do Plano de Contingência para Gerenciamento de Surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Brasília, 2024. Versão 1, 24p. 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. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde . 5ª edição, Brasília, 2024.

Governo do Estado do Rio de Janeiro. SRAG e COVID. Diagrama de Controle + Nowcasting. Disponível em: [saude.rj.gov.br](http://saude.rj.gov.br)

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Saúde Pública Noel Nutels. Guia rápido de coleta, armazenamento, transporte e entrega de amostras biológicas. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/>



Despacho - SEI

Plano de Contingência para gerenciamento de surto de síndrome respiratória aguda grave. PL.SUP.001 - versão 1

Página 16 de 21

### 13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	11/03/2025	Versão inicial.

### 14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p><b>Elaboração</b></p> <p>Ana Paula Amorim Moreira - STGQ Juliana de Freitas Amorim - UVS Mara Rúbia Nascimento Falcão - URA Beatriz Pessanha Gonçalves - STCOR Yasser Issmail Mohsen - STEC Danielle Cristina Rodrigues Vieira - SFH André Luiz Peçanha da Silva - SAFS</p>
<p><b>Análise</b></p> <p>Michele Lopes Fagundes Nascimento - GAS José Wilson Firmida Júnior - GAD</p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Lorran Leite - STQG</p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Verônica Alcoforado de Miranda- SUP</p>

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](http://www.ebserh.gov.br)



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 19/05/2025, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Pessanha Golçalves, Chefe de Setor**, em 19/05/2025, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luiz Peçanha da Silva, Chefe de Setor**, em 19/05/2025, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Amorim Moreira, Chefe de Setor**, em 20/05/2025, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana De Freitas Amorim, Chefe de Unidade**, em 20/05/2025, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cynthia Braz Duarte, Enfermeiro(a)**, em 21/05/2025, às 09:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **José Wilson Firmida Junior, Gerente**, em 21/05/2025, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



2015.



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Cristina Rodrigues Vieira, Chefe de Setor**, em 23/05/2025, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yasser Issmail Mohsen, Chefe de Setor**, em 23/05/2025, às 17:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mara Rubia Nascimento Falcao, Chefe de Unidade**, em 26/05/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes Fagundes Nascimento, Gerente**, em 29/05/2025, às 20:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **49619798** e o código CRC **18211424**.

**Referência:** Processo nº 23818.009040/2025-74 SEI nº 49619798

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO  
Rua Marques do Paraná, nº 303, prédio anexo, 6º andar - Bairro Centro  
Niterói-RJ, CEP 24033-900  
- <http://huap-uff.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Despacho - SEI

Plano de Contingência para gerenciamento de surto de síndrome respiratória aguda grave. PL.SUP.001 - versão 1

Página 16 de 21

### 13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	11/03/2025	Versão inicial.

### 14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p><b>Elaboração</b></p> <p>Ana Paula Amorim Moreira - STGQ Juliana de Freitas Amorim - UVS Mara Rúbia Nascimento Falcão - URA Beatriz Pessanha Gonçalves - STCOR Yasser Issmail Mohsen - STEC Danielle Cristina Rodrigues Vieira - SFH André Luiz Peçanha da Silva - SAFS</p>
<p><b>Análise</b></p> <p>Michele Lopes Fagundes Nascimento - GAS José Wilson Firmida Júnior - GAD</p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Lorran Leite - STQG</p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Verônica Alcoforado de Miranda - SUP</p>

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](http://www.ebserh.gov.br)



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 30/05/2025, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



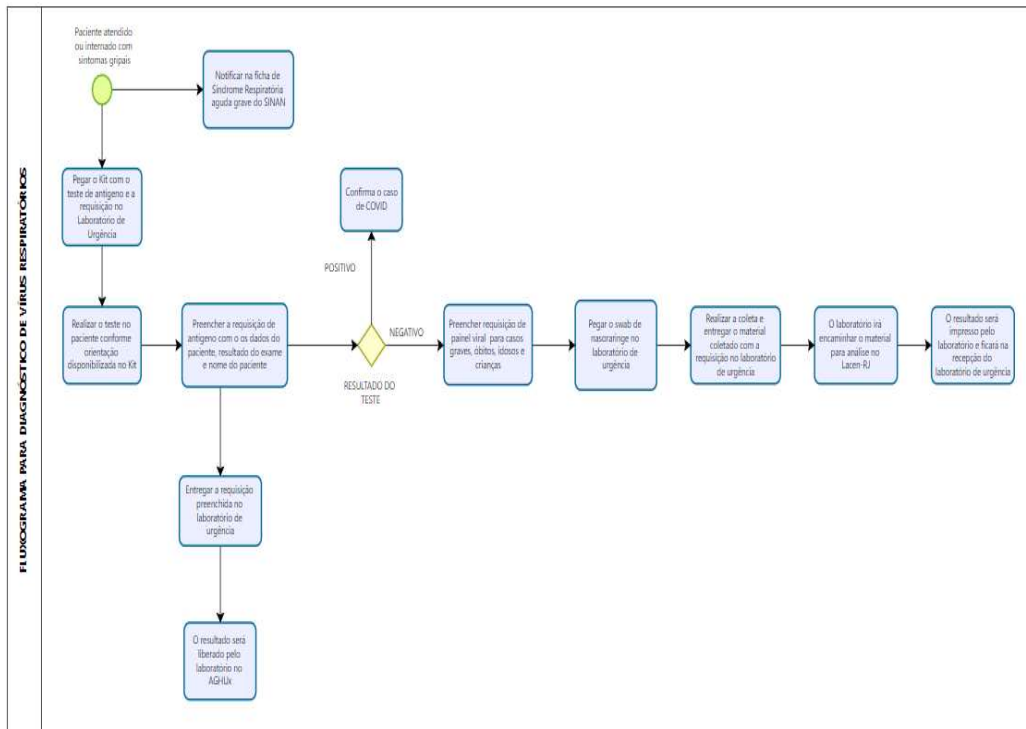
Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes Fagundes Nascimento, Superintendente, Substituto(a)**, em 30/05/2025, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **50007024** e o código CRC **0EA8F255**.

Referência: Processo nº 23818.009040/2025-74 SEI nº 50007024

### ANEXO A - Diagnóstico laboratorial de SG e SRAG



Fonte: Bizagi Modeler

### APÊNDICE A – Capacidades instalada e de ampliação de leitos

Leitos-tipo	Capacidade instalada de leitos que podem ser destinados imediatamente <sup>1</sup> 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, reforma de áreas físicas, aquisição de mais insumos, mais medicamentos etc.
UTI ADULTO	0	0	0 leitos
UTI NEONATAL	0	0	0
CLÍNICOS ADULTOS	0	0	0
CLÍNICOS PEDIÁTRICOS	0	0	5 (“reserva” de leitos operacionais para SRAG – se necessário)
ANTIGA UNIDADE CORONARIANA	0	0	10

<sup>1</sup>Considerar a taxa de ocupação dos últimos 12 meses para esta estimativa.

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

	<b>Número de pacientes/mês</b>
Capacidade atual de atendimento para casos suspeitos e/ou confirmados de SRAG	14 leitos de isolamento que poderiam atender pacientes SRAG conformado ou suspeito
Ampliação do atendimento para casos de SRAG sem necessidade de recursos adicionais, ou seja, por meio de remanejamento de pessoal, reorganização de áreas físicas etc.	0
Ampliação do atendimento para casos de SRAG somente com aporte de recursos adicionais, ou seja, por meio de contratação de pessoal, reforma de áreas físicas etc.	5 leitos clínicos de pediatria clínica ( em coorte)

**APÊNDICE C – Levantamento do número de equipamentos por unidade de atendimento**

Equipamentos	Número de equipamentos existentes por unidade de atendimento													
	SEM	CD	CTI	UCO	DIP	CCEMI	HEMATO	CCM CMM	CCF	Obst. Baixo risco	Obst. Alto risco	UTI neo	Pediatria	Centro Cirúrgico
Ventiladores mecânicos adultos	8	1	18	12	2	1	1	2	2	3	3	0	0	4
Ventiladores mecânicos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	5	0
Ventiladores mecânicos neonatais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Painéis de gases completo (saídas de O2, vácuo e ar comprimido) para instalação de ventiladores mecânicos (nº total de painéis completos para uso)	38	12	32	20	12	12	31	17	14	16	30	48	13	55
Ventiladores mecânicos de transporte <b>01 no CC e 02 na Gasoterapia</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Carros de anestesia <b>28 nos Centros Cirúrgicos</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Monitores multiparamétricos <b>44 nos Centros Cirúrgicos</b>	22	5	17	11	11	1	3	4	4	3	5	17	12	29
Bombas de infusão dietas enteral e parenteral	30	6	81	61	20	11	27	57	5	19	10	40	18	10
Camas hospitalares motorizadas (Fowler)	21	3	16	10	11	17	13	32	16	17	16	0	13	5
Gasômetros <b>01 na UACAP</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Carrinho de emergência	3	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4
Desfibriladores	3	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4
Vácuo portátil			1			1		1	1	1		1	1	9
Cilindro de oxigênio	2	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	4	1	1

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

Descrição do equipamento	Número de equipamentos existentes			
	Em condições de uso*	Aguardando manutenção**	Em manutenção corretiva***	Fora de uso****
Tomógrafo	2	0	0	0
Endoscópios	13	0	10	0
Broncoscópios	3	0	4	0
RX-fixo	2	0	0	0
RX-móvel	3	0	2	0
Ultrassom	22	0	1	0
Máquinas de hemodiálise	10	0	0	0
Máquinas de hemoperfusão	0	0	0	0
Cardiotocografia	1	0	1	0
RT-PCR	0	0	0	0
Aparelho de sonar	5	0	0	0
Ressonância magnética	1	0	0	0
Mamógrafo	1	0	0	0

\* 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.