



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 66, DE 07 DE MAIO DE 2024**

*Aprova a atualização do Plano de Ação Estadual para Enfrentamento do Aumento de Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pediatria na Paraíba.*

**A Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria GM/MS nº 3.283, de 7 de março de 2024, que dispõe sobre as regras para as transferências do fundo nacional de saúde aos fundos de saúde dos estados, distrito federal e municípios, relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao sistema único de saúde (SUS), em 2024;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A resolução CIB nº 115, de 18 de maio de 2023, que trata da aprovação do Plano de Ação Estadual para o Enfrentamento de Doenças Respiratórias na Área de Pediatria;

O crescente número de internações neonatais e pediátricas no país decorrentes de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG e a consequente necessidade iminente de aumento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e Enfermaria no Estado; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 3ª Reunião Ordinária, em 07 de maio de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar a atualização do Plano de Ação Estadual para Enfrentamento do Aumento de Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Pediatria na Paraíba, conforme anexo.

**Art. 2º** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

***JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA***  
Presidente da CIB/PB

***SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA***  
Presidente do COSEMS/PB

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 66, DE 07 DE MAIO DE 2024.**

**PLANO DE AÇÃO ESTADUAL PARA O ENFRENTAMENTO DO AUMENTO  
DE NÚMERO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRAG)  
NA PEDIATRIA**

Abril/2024

**João Azevêdo Lins**

Governador do Estado

**Jhony Wesllys Bezerra Costa**

Secretário de Estado da Saúde

**Renata Valéria Nóbrega**

Secretária Executiva de Estado da Saúde

**Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto**

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**Soraya Galdino de Araújo Lucena**

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**Gerentes**

Atenção à Saúde

**Maria Izabel Ferreira Sarmiento**

Atenção Especializada

**Vanessa Oliveira Costa Silva**

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Lidiane Nascimento Cassimiro**

Vigilância em Saúde

**Talita Tavares Alves de Alemida**

**Equipe de elaboração**

Artur Dantas Costa

Joacilda da Conceição Nunes-Pediatra

Ariano Brilhante Pegado Suassuna-Pediatra

Juliana Sousa Soares de Araújo

Claúdio Texeira Regis

Vanessa Monteiro Costa

Lucas Lima Rocha

Matheus Spricido

Alex Gabriel Amaral da Silva

**SUMÁRIO**

1.INTRODUÇÃO .....	6
2. JUSTIFICATIVA .....	7
3. OBJETIVOS .....	17
4.MEDIDAS ADOTADAS AO PLANO DE AÇÃO.....	18
5. CAPACITAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	18
6. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	18
6.1 ÓBITOS.....	23
7.NOTIFICAÇÃO .....	23
7.1 O QUE NOTIFICAR?.....	23
7.2 QUEM DEVE NOTIFICAR? .....	23
7.3 ONDE NOTIFICAR?.....	23
7.4 E QUANDO FOR CASO DE ÓBITO?.....	24
8.ABORDAGEM NO ATENDIMENTO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	24
8.1 TELEATENDIMENTO / SALA VIRTUAL DE CONSULTA .....	25
8.2 KIT MÍNIMO APS.....	25
8.3 MANEJO TERAPÊUTICO .....	25
8.4 CRITÉRIOS GRAVIDADE.....	26
8.5 IMUNOPROFILAXIA PALIVIZUMABE – INDICAÇÃO.....	27
8.6. FLUXOGRAMA .....	28
9.ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	28
10.COMPLEXO REGULADOR.....	30
10.1 TELEINTERCONSULTA EM SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE .....	31
10.2 FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO.....	31
MACRO I.....	32
MACRO II .....	32
MACRO III.....	33
11.PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA AS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS.....	34
11.1 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE.....	34
11.1.1 OBJETIVOS .....	34
11.1.2 POPULAÇÃO ALVO.....	34
11.1.3 DEFINIÇÃO E QUADRO CLÍNICO .....	35
11.1.4 DIAGNÓSTICO.....	35
11.1.5 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	36
11.1.6 TRATAMENTO.....	36
11.1.7 CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR.....	38

11.1.8 FLUXOGRAMA .....	38
11.2 BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA .....	39
11.2.1 OBJETIVOS .....	39
11.2.2 POPULAÇÃO ALVO.....	39
11.2.3 HISTÓRIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO .....	39
11.2.4 PREVENÇÃO.....	40
11.2.4.1 DOCUMENTO NECESSÁRIOS PARA USO DE PAVILIZUMABE.....	41
11.2.5 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	42
11.2.6 TRATAMENTO.....	42
11.2.7 CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR.....	43
11.2.8 FLUXOGRAMAS .....	44
FLUXOGRAMA DE MANEJO DO PACIENTE COM BVA .....	44
FLUXOGRAMA USO DO PALIVIZUMABE.....	45
11.3 INFECÇÃO PELO VÍRUS INFLUENZA .....	45
11.3.1 OBJETIVOS .....	45
11.3.2 POPULAÇÃO ALVO.....	46
11.3.3 HISTÓRIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO .....	46
11.3.4 PREVENÇÃO.....	46
11.3.5 CRITERIOS DE INTERNAÇÃO .....	47
11.3.6 TRATAMENTO.....	48
11.3.7 FLUXOGRAMA .....	49
11.4 COVID-19 (SARS-CoV-2).....	50
11.4.1 OBJETIVOS .....	50
11.4.2 DEFINIÇÃO.....	51
11.4.3 QUADRO CLÍNICO.....	51
11.4.4 DIAGNOSTICO.....	51
11.4.5 CRITERIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	52
11.4.6 TRATAMENTO.....	52
11.4.7 CRITERIOS DE ALTA HOSPITALAR .....	53
11.4.8 FLUXOGRAMA DE MANEJO INICIAL AO COVID-19.....	53
REFERÊNCIAS.....	54

## **1.INTRODUÇÃO**

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) engloba casos de síndrome gripal (SG) no qual rotineiramente evoluem com comprometimento da função respiratória ou

apresente alguma disfunção orgânica que, em boa parte dos casos, necessitam de hospitalização, sem outra causa específica. Dito isso, a etiologia pode ser bastante variada, abrangendo desde vírus respiratórios, dentre os quais predominam os da Influenza do tipo A e B, Vírus Sincicial Respiratório, SARS-COV-2, como também bactérias, fungos e outros agentes.

O vírus Influenza é um dos mais importantes patógenos respiratórios e, apesar do desenvolvimento de imunização e de terapia antiviral específica, persiste causando epidemias e pandemias, com importante morbimortalidade associada. Isto se deve, em grande parte, à capacidade de sofrer constantes mutações na sua estrutura antigênica, permitindo ao vírus “escapar” da resposta imune dos seus hospedeiros. Nos últimos anos, três cepas virais apresentaram atividade mundialmente: Influenza A (H1N1) pandêmico, Influenza A (H3N2) sazonal e Influenza B. Os pacientes pediátricos, especialmente lactentes e pré-escolares, são acometidos, com incidência e gravidade mais elevada que a maioria dos grupos etários. O vírus Influenza impõe ao médico pediatra uma série de dificuldades devido ao quadro clínico ser inespecífico, podendo o mesmo ser causado por vários outros vírus respiratórios. Os fatores de risco para complicações respiratórias, com exceção da presença de doenças crônicas, não são bem estabelecidos, tornando quase todos os pacientes com infecção respiratória, potenciais candidatos para a terapia antiviral durante o inverno. Neste contexto, é necessário que o pediatra atue no sentido de incentivar a adesão às campanhas de vacinação, visto que esta é a intervenção de maior impacto na redução da morbimortalidade, e que esteja atento para tratar precocemente pacientes com maior risco para complicações.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Justifica-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento das doenças respiratórias no estado da Paraíba, devido ao início do período considerado de sazonalidade para agravos respiratórios na população incluindo, principalmente, crianças menores de 04 anos. Tal período, corresponde entre o outono e o inverno que são exatamente os meses de março e perdura até início de setembro, onde existe um aumento acentuado de incidência de doenças do trato respiratório. Em decorrência disso, ocorre um aumento de demanda na assistência à saúde, pressionando as portas de entrada das unidades hospitalares que ofertam atendimento em pediatria.

As mudanças do perfil epidemiológico dos últimos anos nos apontam para um aumento significativo da incidência das SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) em crianças, com quadros que apresentam sintomas importantes e que, em alguns casos, necessita de internamento, impulsionando a gestão Estadual de saúde a estruturar novas práticas para o enfrentamento dessa demanda apresentada. Associados a esses fatores, observa-se a necessidade da estruturação de uma rede que amplie a oferta de leitos pediátricos, tanto para enfermaria, como para cuidados intensivos (UTI), garantindo o acesso ao usuário em situação de risco. A estruturação dos serviços que receberão ampliação em seus leitos está organizada por componentes estrategicamente localizados, distribuídos nas 3 macrorregiões de saúde, de acordo com cada grau de complexidade, sendo esta uma forma viável de buscar suprir os vazios assistenciais presentes no Estado, diminuindo assim as lacunas assistenciais e permitindo a organização dos fluxos de atenção, impedindo a fragmentação da assistência pediátrica e qualificando a gestão do cuidado.

Dessa forma, foi realizado um levantamento dos atendimentos de pediatria realizados nas portas da rede hospitalar de gerência Estadual e dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, no período de janeiro a abril do ano de 2024:

Tabela com o número de atendimentos das portas dos hospitais da rede estadual:

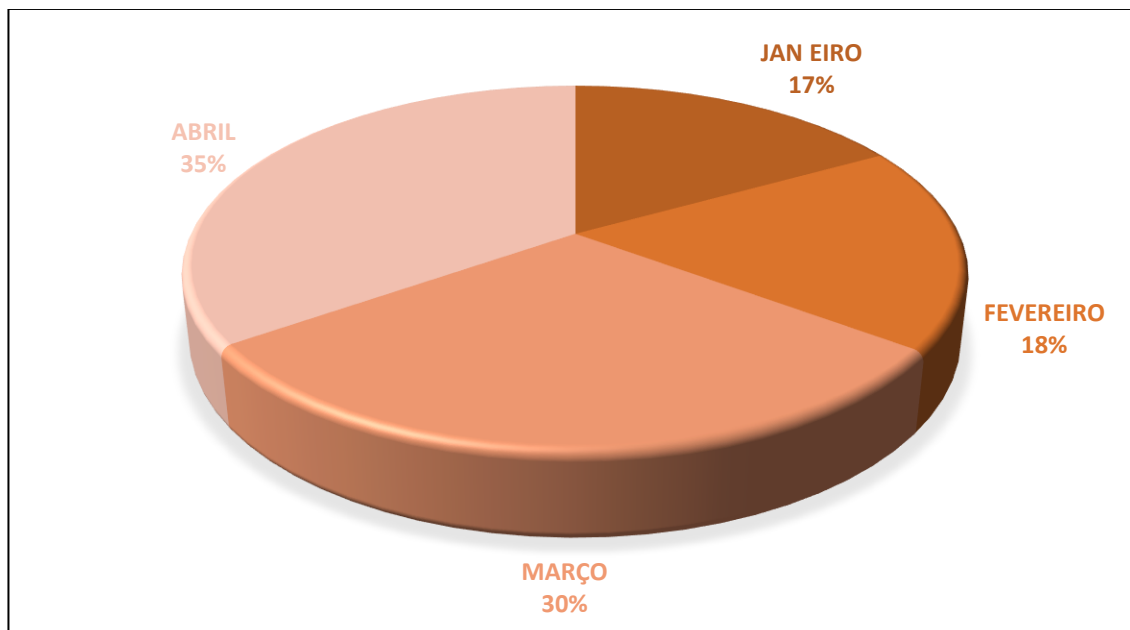


HOSPITAIS	MUNICÍPIO	MACRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	TOTAL
HOSPITAL GERAL ITAPOROROCA	ITAPOROROCA	I	400	560	706	928	2.594
HOSPITAL REG. SEBASTIÃO RODRIGUES DE MELO	ITABAIANA	I	445	509	801	1.060	2.815
HOSPITAL EST. DR. FRANCISCO ASSIS FREITAS	SOLÂNEA	I	511	512	929	1.238	3.190
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	I	1.182	1.233	2.278	2.549	7.242
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	JOÃO PESSOA	I	2.979	3.124	5.122	4.535	15.760
HOSPITAL DISTRITAL DR. OVÍDIO DUARTE	SERRARIA	I	203	182	586	543	1.514
HOSPITAL DIST. LUIS ALEXANDRINO DA SILVA	BELÉM	I	473	447	1.350	1.284	3.554
UPA SANTA RITA	SANTA RITA	I	1.973	1.861	3.335	3.585	10.754
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS	QUEIMADAS	II	532	380	688	794	2.394
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	II	458	525	1.009	1.122	3.114
HOSPITAL DISTRITAL DE TAPEROÁ	TAPEROÁ	II	400	470	692	1.253	2.815
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ	PICUI	II	604	617	902	1.392	3.515
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	CAMPINA GRANDE	III	212	210	305	276	1.003
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	SANTA LUZIA	III	408	496	783	644	2.331
HOSPITAL REG. DE CAJAZEIRAS DEP JOSE DE SOUSA	CAJAZEIRAS	III	10	48	57	104	219
HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	PATOS	III	2.761	3.282	4.856	6.090	16.989
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	III	796	896	1.307	1.801	4.800
HOSPITAL REGIONAL SENADOR RUI CARNEIRO	POMBAL	III	233	270	354	462	1.319
UPA CAJAZEIRAS	CAJAZEIRAS	III	836	971	1.906	1.992	5.705
UPA PRINCESA ISABEL	PRINCESA ISABEL	III	481	591	862	1.085	3.019
HOSPITAL FRANCISCO BENTO CABRAL	AGUIAR	III	61	43	72	65	241
MATERNIDADE PEREGRINO FILHO	PATOS	III	147	152	202	234	735
HOSPITAL DIST. DR. JOSÉ GOMES DA SILVA ITAPOR.	ITAPORANGA	III	236	150	225	297	908
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA	SOUSA	III	2.228	2.524	3.800	4.812	13.364
TOTAL			18.569	20.053	33.127	38.145	109.894

Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB

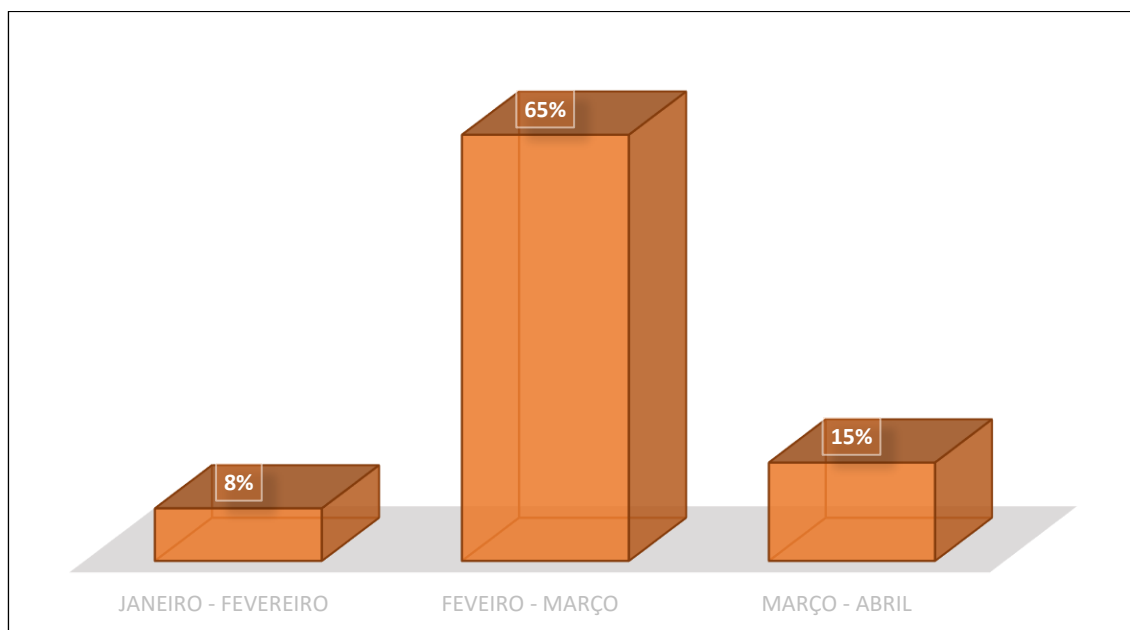
Diante dos dados apresentados, conclui-se que houve o início de aumento de casos no mês de fevereiro, com aumento de 8%, um aumento de maior escala no mês de março com aumento de 65% em relação ao mês anterior, e por fim, um aumento de 15% em abril em relação a março (Gráfico 2). Totalizando um aumento de 105% em atendimentos de pediatria do mês de janeiro até abril.

Gráfico 1: percentual mensal em relação ao total de atendimentos em pediatria de janeiro a abril em unidades de saúde de gerência estadual.



Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Gráfico 2: taxa de crescimento de atendimentos em pediatria em relação ao mês anterior em unidades de saúde de gerência estadual.



Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Taxa de ocupação diária dos leitos pediátricos da rede hospitalar de gerência estadual, no mês de janeiro:

Data	I MACRO		II MACRO		III MACRO		TOTAL	
	Taxa de ocupação enfermaria	Taxa de ocupação UTI	Taxa de ocupação enfermaria	Taxa de ocupação UTI	Taxa de ocupação enfermaria	Taxa de ocupação UTI	Taxa de ocupação enfermaria	Taxa de ocupação UTI
01/01/2024	46%	81%	28%	100%	42%	23%	39%	68%
02/01/2024	47%	81%	31%	100%	36%	8%	38%	63%
03/01/2024	62%	89%	17%	100%	39%	31%	39%	73%
04/01/2024	64%	74%	17%	100%	32%	23%	38%	66%
05/01/2024	58%	52%	17%	100%	44%	23%	40%	58%
06/01/2024	10%	0%	31%	0%	34%	23%	25%	8%
07/01/2024	8%	0%	31%	100%	35%	31%	25%	44%
08/01/2024	57%	74%	17%	100%	21%	0%	32%	58%
09/01/2024	54%	70%	21%	100%	44%	15%	39%	62%
10/01/2024	60%	78%	21%	100%	47%	15%	42%	64%
11/01/2024	60%	85%	14%	100%	45%	23%	40%	69%
12/01/2024	67%	67%	14%	100%	44%	0%	42%	56%
13/01/2024	55%	63%	21%	100%	34%	8%	37%	57%
14/01/2024	56%	85%	24%	100%	28%	0%	36%	62%
15/01/2024	57%	77%	6%	100%	31%	56%	31%	78%
16/01/2024	59%	74%	6%	100%	40%	23%	35%	66%
17/01/2024	37%	35%	5%	100%	24%	21%	22%	52%
18/01/2024	27%	33%	2%	67%	23%	5%	18%	35%
19/01/2024	56%	78%	2%	100%	34%	3%	31%	60%
20/01/2024	59%	77%	0%	100%	36%	0%	32%	59%
21/01/2024	60%	85%	0%	100%	30%	5%	30%	63%
22/01/2024	59%	75%	0%	100%	21%	5%	27%	60%
23/01/2024	65%	81%	0%	100%	34%	8%	33%	63%
24/01/2024	61%	80%	2%	100%	39%	8%	34%	63%
25/01/2024	43%	49%	7%	100%	35%	8%	28%	52%
26/01/2024	58%	54%	5%	100%	37%	8%	33%	54%
27/01/2024	43%	57%	1%	100%	41%	8%	29%	55%
28/01/2024	6%	0%	2%	67%	32%	13%	13%	26%
29/01/2024	57%	63%	1%	100%	33%	10%	30%	58%
30/01/2024	57%	63%	1%	100%	33%	10%	30%	58%
31/01/2024	53%	52%	1%	100%	24%	3%		
<b>Taxa média de ocupação de leito</b>	<b>50%</b>	<b>62%</b>	<b>11%</b>	<b>95%</b>	<b>35%</b>	<b>13%</b>	<b>32%</b>	<b>57%</b>

Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Taxa de ocupação diária dos leitos pediátricos da rede hospitalar de gerência  
Estadual, no mês de fevereiro:

Data	I MACRO		II MACRO		III MACRO		TOTAL	
	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI
01/02/2024	58%	85%	27%	0%	52%	51%	52%	51%
02/02/2024	60%	85%	13%	100%	45%	3%	45%	85%
03/02/2024	41%	46%	11%	100%	28%	15%	28%	46%
04/02/2024	44%	57%	7%	67%	44%	0%	44%	57%
05/02/2024	56%	52%	11%	100%	33%	0%	33%	52%
06/02/2024	62%	85%	10%	100%	36%	0%	36%	85%
07/02/2024	44%	57%	14%	100%	24%	18%	24%	57%
08/02/2024	61%	85%	12%	100%	36%	3%	61%	85%
09/02/2024	45%	57%	29%	107%	36%	23%	36%	57%
10/02/2024	13%	0%	34%	40%	60%	172%	34%	40%
11/02/2024	61%	85%	3%	100%	36%	5%	36%	85%
12/02/2024	61%	85%	0%	100%	34%	15%	34%	85%
13/02/2024	10%	9%	41%	120%	37%	92%	37%	92%
14/02/2024	5%	0%	9%	100%	22%	0%	12%	33%
15/02/2024	63%	85%	9%	100%	42%	8%	38%	64%
16/02/2024	45%	51%	0%	67%	38%	13%	28%	43%
17/02/2024	60%	74%	16%	100%	33%	15%	36%	63%
18/02/2024	58%	74%	11%	100%	42%	15%	37%	63%
19/02/2024	56%	52%	13%	100%	13%	100%	34%	58%
20/02/2024	43%	57%	7%	67%	45%	31%	32%	51%
21/02/2024	41%	35%	10%	100%	46%	31%	32%	55%
22/02/2024	7%	0%	17%	100%	46%	41%	24%	47%
23/02/2024	10%	0%	18%	100%	47%	46%	25%	49%
24/02/2024	56%	52%	29%	100%	45%	15%	43%	56%
25/02/2024	57%	52%	21%	100%	51%	15%	43%	56%
26/02/2024	24%	17%	11%	67%	27%	15%	21%	33%
27/02/2024	24%	17%	18%	100%	33%	13%	25%	43%
28/02/2024	24%	17%	16%	100%	39%	10%	26%	43%
29/02/2024	22%	17%	9%	100%	40%	10%	24%	43%
<b>Taxa Média de Ocupação de Leito</b>	<b>42%</b>	<b>48%</b>	<b>15%</b>	<b>91%</b>	<b>38%</b>	<b>27%</b>	<b>34%</b>	<b>58%</b>

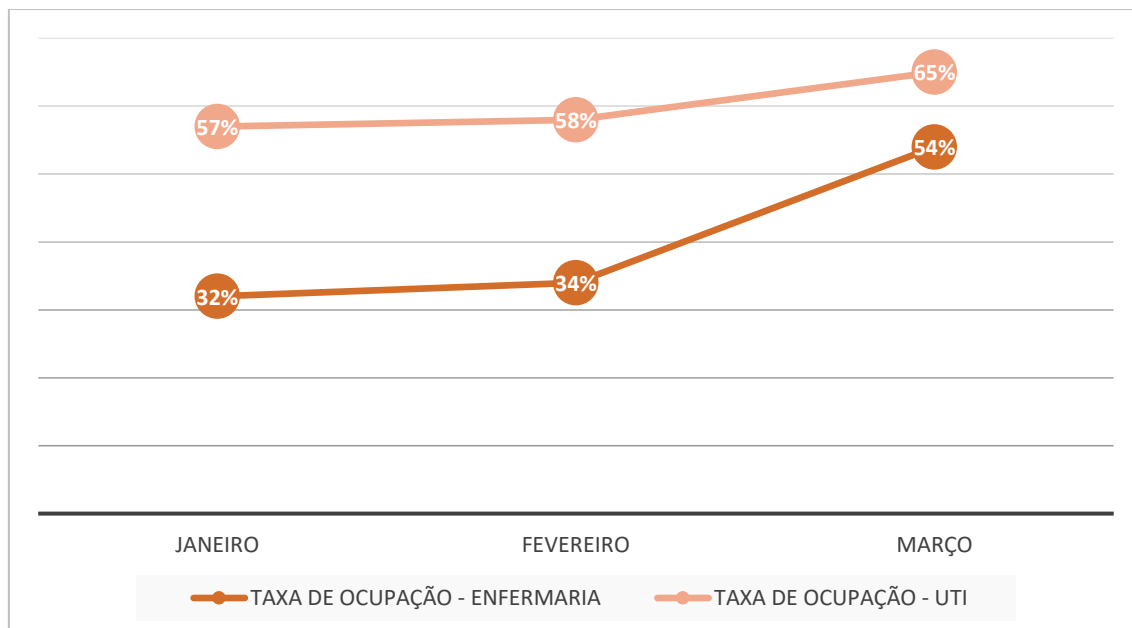
Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Taxa de ocupação diária dos leitos pediátricos da rede hospitalar de gerência  
Estadual, no mês de março.

Data	I MACRO		II MACRO		III MACRO		TOTAL	
	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI	Taxa de Ocupação Enfermaria	TAXA DE Ocupação UTI
01/03/2024	66%	63%	48%	127%	40%	33%	52%	74%
02/03/2024	64%	63%	45%	127%	38%	33%	49%	74%
03/03/2024	61%	63%	55%	127%	36%	28%	48%	73%
04/03/2024	64%	61%	59%	100%	52%	15%	58%	58%
05/03/2024	63%	43%	52%	133%	36%	31%	49%	69%
06/03/2024	62%	44%	62%	133%	36%	46%	50%	74%
07/03/2024	67%	61%	66%	133%	43%	23%	55%	72%
08/03/2024	60%	57%	41%	133%	50%	23%	53%	71%
09/03/2024	59%	57%	59%	133%	49%	15%	54%	68%
10/03/2024	62%	61%	69%	100%	44%	23%	54%	61%
11/03/2024	60%	61%	84%	100%	37%	23%	51%	61%
12/03/2024	64%	61%	6%	100%	31%	23%	48%	61%
13/03/2024	63%	61%	44%	100%	50%	31%	55%	64%
14/03/2024	63%	61%	52%	100%	42%	31%	52%	64%
15/03/2024	64%	61%	62%	100%	48%	56%	56%	72%
16/03/2024	65%	61%	62%	44%	29%	23%	48%	42%
17/03/2024	69%	61%	52%	44%	48%	31%	57%	45%
18/03/2024	69%	61%	59%	100%	47%	31%	58%	64%
19/03/2024	66%	61%	52%	100%	51%	23%	57%	61%
20/03/2024	65%	61%	48%	100%	38%	31%	51%	72%
21/03/2024	62%	52%	48%	100%	50%	31%	55%	61%
22/03/2024	64%	61%	34%	158%	56%	23%	57%	80%
23/03/2024	65%	61%	41%	149%	57%	38%	59%	82%
24/03/2024	58%	61%	62%	120%	41%	31%	51%	70%
25/03/2024	64%	61%	41%	100%	53%	38%	56%	66%
26/03/2024	67%	61%	24%	100%	46%	13%	52%	58%
27/03/2024	64%	61%	48%	100%	55%	13%	58%	58%
28/03/2024	67%	61%	55%	100%	55%	13%	60%	58%
29/03/2024	64%	61%	48%	100%	42%	8%	52%	56%
30/03/2024	68%	61%	41%	100%	48%	23%	56%	61%
31/03/2024	71%	61%	45%	100%	47%	23%	57%	61%
<b>Taxa Média de Ocupação de Leito</b>	<b>64%</b>	<b>59%</b>	<b>50%</b>	<b>108%</b>	<b>45%</b>	<b>27%</b>	<b>54%</b>	<b>65%</b>

Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Gráfico 3: Comparativo do tempo da taxa média de ocupação de leitos em unidades de gerenciamento estadual, dos meses de janeiro a março de 2024.



Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

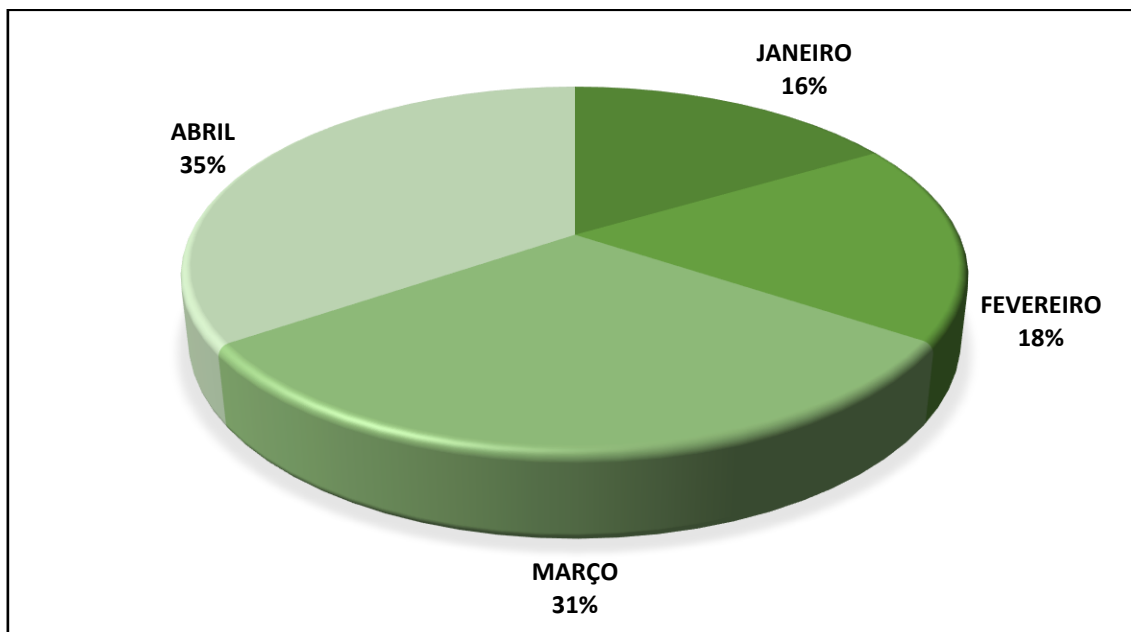
Demonstrativo referente ao número total de atendimentos na rede estadual e dos municípios de João Pessoa e Campina Grande:

MESES	Quantitativo de atendimentos das unidades gerenciadas pelo município de João Pessoa	Quantitativo de atendimentos das unidades gerenciadas pelo município de Campina Grande	Quantitativo de atendimentos das unidades da rede Estadual	Somatório total das unidades
Janeiro	3992	3.570	18.569	26.131
Fevereiro	4554	3.653	20.053	28.260
Março	8950	7.260	33.127	49.337
Abril	7623	8.964	38.145	54.732
Total	25.119	23.447	109.894	158.460

Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB, SISREG-CG e CIHJP.

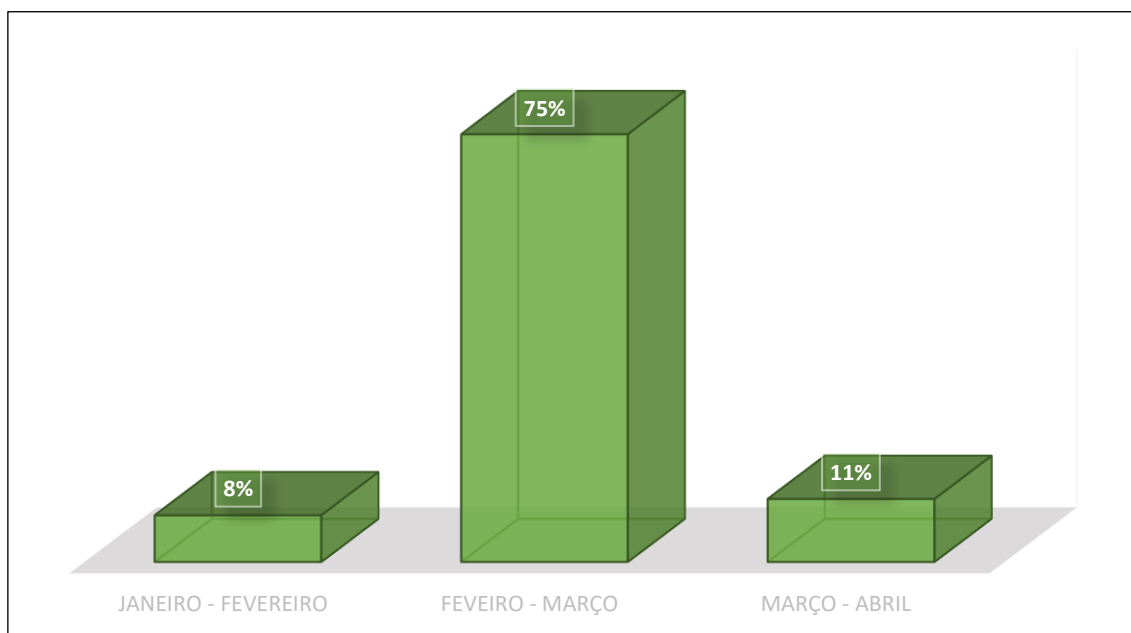
Diante dos dados apresentados, conclui-se que houve o início de aumento de casos no mês de fevereiro, com aumento de 8%, um aumento de maior escala no mês de março com aumento de 75% em relação ao mês anterior, e por fim, um aumento de 11% em abril em relação a março (Gráfico 5). Totalizando um aumento de 109% em atendimentos de pediatria nas unidades estaduais de do mês de janeiro até abril.

Gráfico 4: percentual do total de atendimentos em pediatria nas unidades de gerenciamento estadual somado aos atendimentos de pediatria das cidades de Campina Grande e João Pessoa.



Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Gráfico 5: taxa de crescimento de atendimentos em pediatria nas unidades de gerenciamento estadual somado aos atendimentos de pediatria das cidades de Campina Grande e João Pessoa, em relação ao mês anterior.



Fonte: Censo de atendimentos das unidades Hospitalares. SES-PB.

Demonstrativo referente a taxa de ocupação dos leitos de enfermagem pediátrica, dos meses de janeiro a março das unidades hospitalares da rede estadual e dos municípios de João Pessoa e Campina Grande:

Meses	Taxa de ocupação das unidades gerenciadas pelo município de João Pessoa	Taxa de ocupação das unidades das unidades gerenciadas pelo município de Campina Grande	Taxa de ocupação das unidades da rede estadual	Taxa de ocupação total
Janeiro	36%	45%	32%	34%
Fevereiro	48%	46%	34%	38%
Março	91%	61%	54%	58%

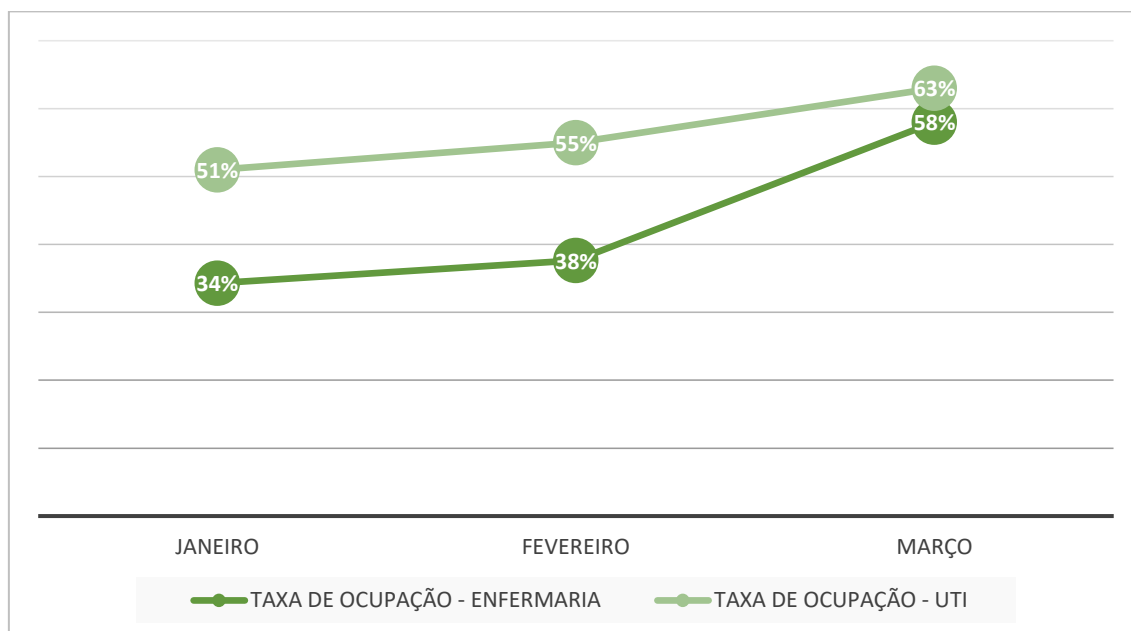
Fonte: Censo de atendimentos das unidades hospitalares. SES-PB, SISREG-CG e CIHJP.

Demonstrativo referente a taxa de ocupação dos leitos de UTI pediátrica, dos meses de janeiro a março das unidades hospitalares da rede estadual e dos municípios de João Pessoa e Campina Grande:

Meses	Taxa de ocupação das unidades gerenciadas pelo município de João Pessoa	Taxa de ocupação das unidades das unidades gerenciadas pelo município de Campina Grande	Taxa de ocupação das unidades da rede estadual	Taxa de ocupação total
Janeiro	49%	24,91%	57%	51%
Fevereiro	68%	17,82%	58%	55%
Março	91%	20,43%	65%	63%

Fonte: Censo de atendimentos das unidades hospitalares. SES-PB, SISREG-CG e CIHJP.

Gráfico 6: taxa de ocupação dos leitos pediátricos em unidades de gerenciamento estadual somado ao atendimentos de pediatria das cidades de Campina Grande e João Pessoa, de janeiro a março.



Baseado nos dados expostos acima, justifica-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento das doenças respiratórias no estado da Paraíba na área pediátrica, devido ao aumento exponencial na busca de atendimento em saúde. Através dos dados



acima, é possível identificar a sobrecarga da rede hospitalar direcionado ao público infantil nos últimos quatro meses de 2024.

Dos 158.460 atendimentos realizados, destaca-se que o mês de abril que representou 35% dos atendimentos, seguido do mês de março com 31% e fevereiro com 18%. Em decorrência da sobrecarga nas portas de entrada das unidades hospitalares que ofertam atendimento em pediatria nos meses de março e abril, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba decidiu, EMERGENCIAMENTE, estruturar um fluxo de acesso único para a rede hospitalar de gerência estadual com o intuito de garantir o cuidado integral do paciente pediátrico, de acordo com a necessidade individual de cada criança paraibana.

O Estado da Paraíba possui 953.880 Crianças e Adolescentes, segundo os dados do IBGE/2022. Desde o início da incidência da SRAG, já são mais de 158.460 atendimentos nos Hospitais e UPAs ao longo de todo o estado da Paraíba, o que correspondem a 16.61% dessa população de crianças e adolescentes. Com o aumento dos casos classificados como graves em crianças, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba viu-se na necessidade de ampliação e estruturação de leitos pediátricos nos hospitais de gestão Estadual, para enfrentamento da demanda apresentada.

Para tanto, no período de 18 de abril até 29 abril de 2024 a Secretaria de Estado da Saúde estruturou a linha de cuidado de doenças respiratórias visando a ampliação dos 310 leitos já existentes, sendo 241 leitos de enfermaria e 60 leitos de terapia intensiva e 9 leitos de semi-intensiva, para 428 leitos, com 97 novos leitos de enfermaria, 19 de terapia intensiva e 2 de semi-intensiva, visando a melhoria da assistência ao público pediátrico do estado da Paraíba.

### **3. OBJETIVOS**

- Consolidar e implementar ações que resultem em ampliação da oferta de tratamento pediátrico;
- Ampliação de leitos pediátricos na rede de atenção à saúde no Estado;
- Organização de um fluxo regulatório eficiente e qualificado, através do Central Estadual de Regulação Hospitalar (CERH).
- Implantação do Protocolo de Manejo Clínico na Pediatria, a fim de capacitar e padronizar o atendimento pediátricos em todas as unidades hospitalares estaduais.

#### **4. MEDIDAS ADOTADAS AO PLANO DE AÇÃO**

- Ampliação de 119 leitos em todo estado da Paraíba, incluindo leitos de UTI, semi-intensiva e enfermaria;
- Expansão de escala de profissionais da saúde, proporcional ao aumento de leitos;
- Expansão da escala de profissionais especializados, para atuação na teleinterconsulta;
- Programa de capacitação de profissionais de saúde no âmbito hospitalar e da atenção primária;
- Abertura de sala situacional;
- Monitoramento epidemiológico;
- Ampliação de testagem RT-PCR (SARS-CoV-2, influenza A e influenza B).

#### **5. CAPACITAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Com o propósito primordial de transformar e aprimorar a atenção à saúde, democratizando o conhecimento em especialidades e subespecialidades, tornando a assistência mais resolutiva, não apenas nos centros de referência, mas de maneira ampla, abrangendo diversos contextos de saúde, a secretaria de Estado da Saúde da Paraíba teve a diligência de elaboração de um plano de capacitação de manejo clínico e terapêutico aos pacientes pediátricos no tocante à síndrome respiratória aguda (SRA), em meio ao momento crítico de novos casos pelo período de sazonalidade dos vírus respiratórios. A capacitação será destinada aos profissionais da saúde de todo Estado através de videoaulas realizadas pela equipe de especialistas em pediatria do Governo do Estado.

Essa proposta de ação estratégica não apenas contribui para a transformação da assistência nos grandes centros hospitalares, mas também busca qualificar principalmente a equipe de saúde do pronto atendimento, unidades de internação hospitalar e atenção primária. A realização de encontros virtuais programados é uma abordagem inovadora que promove a disseminação eficiente de conhecimento, proporcionando um impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde prestados.

#### **6. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

A vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi criada em 2009, em decorrência da pandemia de influenza pelo vírus H1N1. O sistema, inicialmente

limitado a notificar acometidos pelos vírus influenza no país, se aperfeiçoou e incorporou o acompanhamento de outros vírus respiratórios, aumentando a abrangência da vigilância. Desde setembro de 2012 o caso de SRAG compulsoriamente notificado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é definido como o indivíduo de qualquer idade, hospitalizado com síndrome gripal (febre e tosse ou dor de garganta) e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% ou desconforto respiratório. Também devem ser registrados os óbitos por SRAG independente da internação.

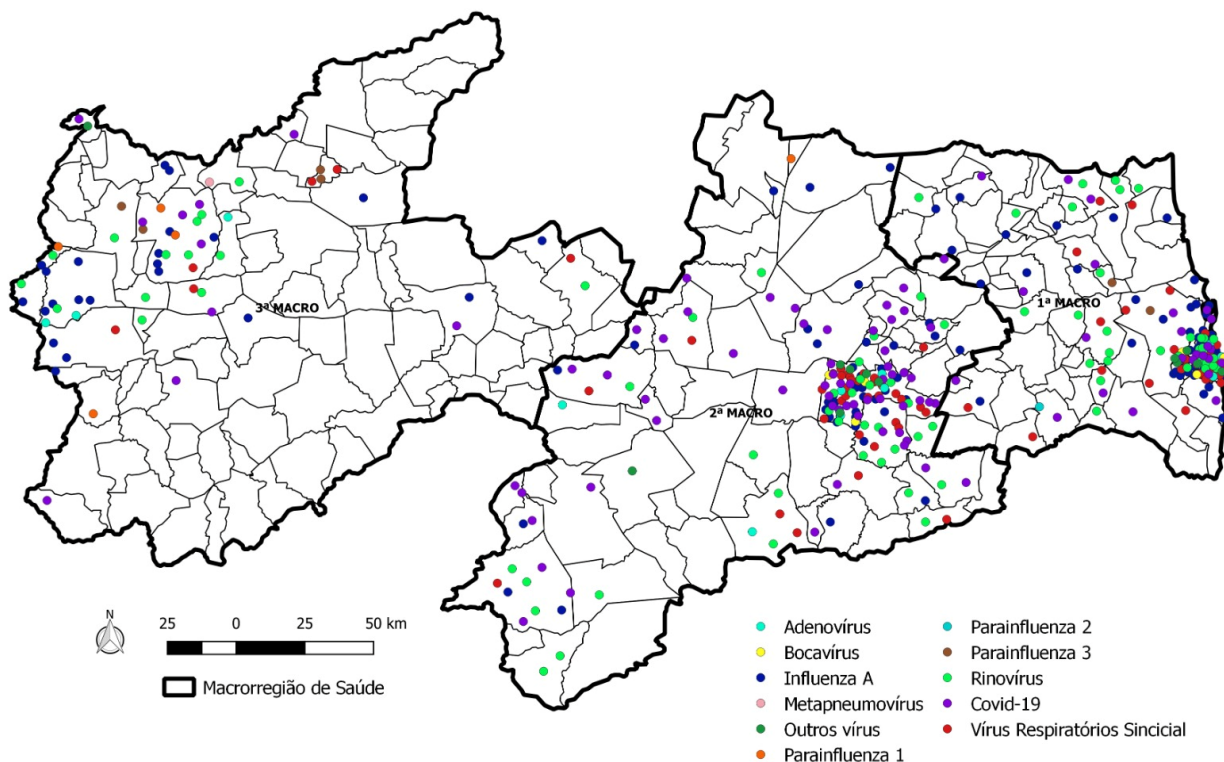
No Brasil, o aumento de casos de SRAG por vírus sincicial respiratório (VSR) foi observado desde o final do ano de 2022. Entre janeiro e março de 2023, foram registrados no sistema de informação do Ministério da Saúde mais de 3 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por VSR. E como esperado, pela história da doença, esses casos são em sua maioria, em crianças menores de 4 anos de idade (94% dos casos de SRAG por VSR). O VSR é uma das principais causas de infecções respiratórias em crianças, responsável por causar algumas síndromes clínicas frequentes, tais como pneumonia e bronquiolite.

Na Paraíba a vigilância de vírus respiratórios é feita a partir das informações sobre os dados epidemiológicos com resultados laboratoriais de VSR, de amostras com diagnóstico diferencial para SARS-CoV-2 e Influenza, que possuem uma vigilância epidemiológica estabelecida. Então, ocorre de maneira amostral, ou seja, nem todos os casos notificados são pesquisados para VSR. Assim, os dados apresentados inferem uma amostra de casos observados e identifica a circulação do VSR por localidade. O registro dos casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Estado, é realizado de modo descentralizado por meio dos estabelecimentos de saúde que atendem os pacientes com essa demanda.

Até a 16ª semana epidemiológica, a Paraíba, registrou 1.039 notificações de casos de SRAG, destas 99,13% (n=1.030) são residentes da Paraíba, e estão distribuídos nas três macrorregiões de saúde. Acerca da classificação final, demonstra-se em 2024, 43,98% (n=453) dos casos encerrados como SRAG não especificado, seguido de 15,83% (n=163) de SRAG por outros vírus respiratórios, SRAG por Covid-19 com 13,40% (n=138), SRAG por Influenza com 12,72% (n=131) e SRAG por outro agente etiológico com 1,17% (n=12).

Observa-se que 12,91% estão com evolução em aberto, reforçando a necessidade de encerrar os casos em tempo oportuno e realizar coleta de amostras para reduzir o quantitativo de SRAG não especificado.

**Mapa 01** – Casos de SRAG com vírus respiratório identificado por RT-PCR, por município de residência, até a semana epidemiológica 16. Paraíba, 2024.



Fonte: Sivep Gripe, 2024. Dados sujeitos a alterações.

Conforme Mapa 01, podemos observar uma concentração de vírus respiratórios na grande João Pessoa, Campina Grande, Sousa e Cajazeiras podendo estar interligado ao número de coletas realizadas, portanto reforça-se a importância da coleta para entendimento da circulação viral nos demais territórios paraibanos.

Observa-se, em síndrome respiratória aguda grave, um aumento de 130,98% de casos com a identificação do vírus respiratórios no ano de 2024 quando comparado mesmo período do ano anterior, sendo Influenza A o que apresentou maior número de identificados por RT-PCR. Em número absoluto o vírus SARS-CoV-2 foi o segundo mais identificado, porém as maiores variações foram de Parainfluenza 3, outros vírus e Rinovírus (Tabela 01).

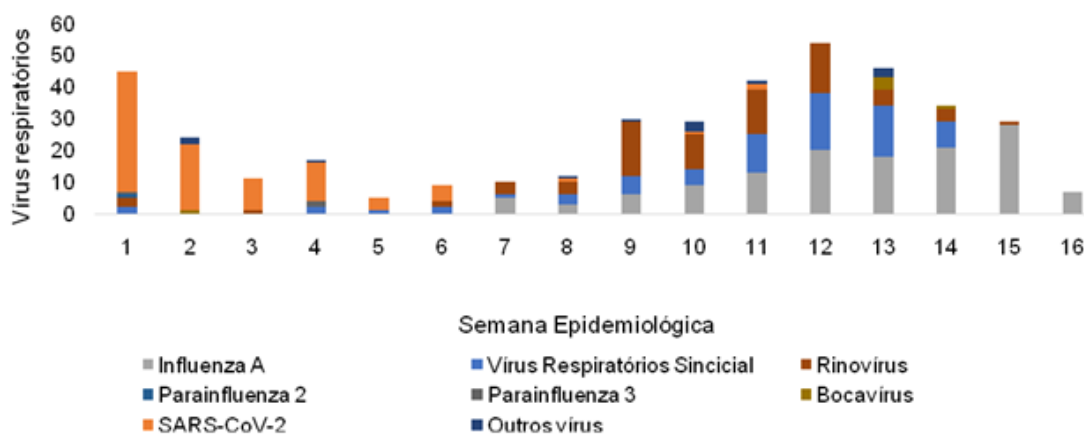
**Tabela 01** – Distribuição dos vírus respiratórios identificados por RT-PCR para casos de SRAG. Paraíba, 2024 até a SE 16.

Vírus respiratórios*	16_2023	16_2024	Varição
----------------------	---------	---------	---------

	N	%	N	%	
<b>Adenovírus</b>	6	3,26	12	2,82	100,00
<b>Bocavírus</b>	0	0,00	6	1,41	100,00
<b>Influenza A</b>	12	6,52	130	30,59	<b>983,33</b>
<b>Influenza B</b>	33	17,93	0	0,00	-100,00
<b>Metapneumovírus</b>	0	0,00	1	0,24	100,00
<b>Outros vírus</b>	2	1,09	12	2,82	<b>500,00</b>
<b>Parainfluenza 1</b>	0	0,00	5	1,18	100,00
<b>Parainfluenza 2</b>	0	0,00	1	0,24	100,00
<b>Parainfluenza 3</b>	1	0,54	6	1,41	<b>500,00</b>
<b>Rinovírus</b>	18	9,78	82	19,29	<b>355,56</b>
<b>SARS-Cov-2</b>	28	15,22	94	22,12	235,71
<b>VRS</b>	84	45,65	76	17,88	-9,52
<b>Total</b>	184	100,00	425	100,00	130,98

Fonte: Sivep Gripe, 2024. Dados sujeitos a alterações.

Conforme o gráfico 01, observa-se nas primeiras semanas epidemiológicas maior quantidade de detecção de vírus respiratórios de Sars-CoV-2, com presença crescente da SE 07 em diante para Rinovírus, Influenza A e Vírus Respiratórios Sincicial.



Identificou-se 425 vírus por RT-PCR para os casos de SRAG. Para o vírus Influenza A houve predominância na faixa etária menor de 5 anos com 28,46% (n=37), para SARS-CoV-2 a predominância foi acima de 60 anos com 64,86% (n=61), para Rinovírus predominou menor de 5 anos com 65,85% (n=54).

**Tabela 02 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados por RT-PCR para casos de SRAG, por faixa etária. Paraíba, 2024 até a SE 16.**

(continua)

Faixa	Total de vírus identificados		Adenovírus		Bocavírus		Influenza A		Metapneumovírus		Outros vírus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 ano	115	27,06	4	33,33	3	50,00	10	7,69	1	100,00	3	25,00
1 a 4	87	20,47	6	50,00	2	33,33	27	20,77	0	0,00	4	33,33
05 a 09	35	8,24	0	0,00	0	0,00	16	12,31	0	0,00	1	8,33
10 a 14	12	2,82	1	8,33	0	0,00	6	4,62	0	0,00	0	0,00
15 a 19	4	0,94	0	0,00	0	0,00	3	2,31	0	0,00	0	0,00
20 a 29	8	1,88	0	0,00	0	0,00	4	3,08	0	0,00	0	0,00
30 a 39	13	3,06	0	0,00	0	0,00	7	5,38	0	0,00	0	0,00
40 a 49	20	4,71	0	0,00	0	0,00	9	6,92	0	0,00	2	16,67
50 a 59	18	4,24	1	8,33	1	16,67	7	5,38	0	0,00	0	0,00
60 a 69	27	6,35	0	0,00	0	0,00	10	7,69	0	0,00	0	0,00
70 a 79	34	8,00	0	0,00	0	0,00	13	10,00	0	0,00	1	8,33
80+	52	12,24	0	0,00	0	0,00	18	13,85	0	0,00	1	8,33
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sivep Gripe, 2024. Dados sujeitos a alterações.

**Tabela 02 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados por RT-PCR para casos de SRAG, por faixa etária. Paraíba, 2024 até a SE 16.**

(continuação)

Faixa	Parainfluenza 1		Parainfluenza 2		Parainfluenza 3		Rinovírus		SARS-CoV-2		Vírus Sincicial	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 ano	1	20,00	1	100,00	4	66,67	22	26,83	10	10,64	56	73,68
1 a 4	3	60,00	0	0,00	1	16,67	32	39,02	2	2,13	10	13,16
05 a 09	1	20,00	0	0,00	0	0,00	14	17,07	0	0,00	3	3,95
10 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	4,88	1	1,06	0	0,00
15 a 19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	0	0,00
20 a 29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,66	0	0,00	1	1,32
30 a 39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	6,38	0	0,00
40 a 49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,66	6	6,38	0	0,00
50 a 59	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	8,51	1	1,32
60 a 69	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,22	15	15,96	1	1,32
70 a 79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,22	18	19,15	1	1,32

<b>80+</b>	0	0,00	0	0,00	1	16,67	1	1,22	28	29,79	3	3,95
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sivep Gripe, 2024. Dados sujeitos a alterações.

## 6.1 ÓBITOS

Dos 148 óbitos registrados por SRAG até a SE 16 de 2024, 52 óbitos foram por Covid-19, 17 óbitos por Influenza A, 06 óbitos por Rinovírus, 01 por Parainfluenza 3, 01 por VRS, 01 por Parainfluenza 3 e VRS.

Acerca dos óbitos por Influenza A identificou-se 17 óbitos, 82,35% (n=14) acima de 60 anos, eram residentes de: João Pessoa (n=07), Alagoa Nova (n=01), Bayeux (n=01), Cajazeiras (n=01), Campina Grande (n=01), Conde (01), Ingá (n=01), Lucena (01), Monte Horebe (n=01), Santa Rita (n=01) e Várzea (n=01).

Segue-se 16 óbitos em investigação para vírus respiratórios, 56,3% (n=09) com idade acima de 50 anos, em relação ao município de residência, temos: João Pessoa (07), Santa Rita (03), Aparecida (01), Campina Grande (01), Cuité (01), Natuba (01), Santa Luzia (01) e Sapé (01).

## 7. NOTIFICAÇÃO

### 7.1 O QUE NOTIFICAR?

1. Casos de SG, de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, independentemente de hospitalização, que atendam à definição de caso.
2. Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou teste de antígeno para covid-19.

### 7.2 QUEM DEVE NOTIFICAR?

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo território nacional, segundo legislação vigente. Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional.

### 7.3 ONDE NOTIFICAR?

Unidades públicas e privadas (unidades de atenção primária, consultórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em



Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT): casos de SG (Casos leves e moderados) devem ser notificados por meio do sistema e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/login>).

Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sivep-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>).

**Todos os hospitais públicos ou privados: casos de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) hospitalizados devem ser notificados no Sivep-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>), cuja ficha se encontra no Anexo.**

**O hospital que não tem cadastro deve entrar em contato com a área técnica estadual no Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis: 83 3211 9103.**

#### **7.4 E QUANDO FOR CASO DE ÓBITO?**

**Os óbitos por SRAG, independentemente de hospitalização, devem ser notificados no Sivep-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>).** O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Em situações de óbito por SRAG, em municípios que não possuem cadastro no Sivep-Gripe, por não terem unidade hospitalar, orienta-se que o cadastro no Sivep-Gripe seja realizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) de suas vigilâncias para a correta e oportuna notificação.

As orientações sobre o preenchimento e a emissão da Declaração de Óbito e registro no SIM encontram-se disponíveis nas publicações Orientações para o Preenchimento da Declaração de Óbito no Contexto da Covid-19 e Orientações para Codificação das Causas de Morte no Contexto da Covid-19.

#### **8.ABORDAGEM NO ATENDIMENTO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do sistema de saúde, deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves de Síndrome Gripal (SG), na identificação precoce e no encaminhamento rápido e preciso de situações graves como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), mantendo a coordenação do cuidado para



esses últimos. A estratificação de intensidade das síndromes respiratórias é a ferramenta primordial para definir a conduta correta em cada caso, seja para a continuidade do atendimento na APS, seja para o acionamento da rede de Telemedicina ou encaminhamento para centros de referência, serviços de urgência/emergência ou hospitais especializados.

Os casos de síndromes respiratórias agudas sem complicações ou sem comorbidades de risco serão manejados pela APS, exigindo-se, portanto, um acompanhamento constante por parte dos profissionais de saúde ao longo do curso da doença.

### **8.1 TELEATENDIMENTO / SALA VIRTUAL DE CONSULTA**

Foi publicada a portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). A atenção primária também é foco desta ferramenta, uma vez que enfrenta uma significativa pressão assistencial, com a necessidade de gerenciar os casos de maneira ágil e assertiva.

A central de regulação estadual disponibilizará um canal de teleatendimento com profissionais de maior expertise em casos complexos para auxiliar a equipe técnica da atenção primária na condução e manejo de casos moderados a graves (Rede Cuidar).

### **8.2 KIT MÍNIMO APS**

Toda unidade de atendimento no âmbito da atenção primária necessita de insumos mínimos que garantem o atendimento de pacientes com síndrome respiratória aguda, portanto a Secretária de Saúde do Estado da Paraíba elencou:

- B2 agonista de curta ação (ex: salbutamol).
- Espaçador infantil
- Soro fisiológico 0,9% + Seringa de 5 a 10ml

### **8.3 MANEJO TERAPÊUTICO**

Em resumo, o manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória no contexto da APS incluiu os passos a seguir:

- Acolhimento do paciente e da família com identificação precoce de caso suspeito de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave.
- Medidas para evitar contágio na unidade.

- Estratificação da gravidade da Síndrome Respiratória Aguda.
- Casos leves: manejo terapêutico e seguimento na APS
- Casos moderados a graves:
  - Teste terapêutico com broncodilatador, conforme fluxograma e mantenha-se boa resposta até estabilização do quadro.
  - Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% e aspiração nasal superficial se necessário.
  - Matriciamento da telemedicina e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares se persistirem os sintomas.
  - Se melhora clínica, alta com antiviral Oseltamivir segundo fluxograma e vigilância clínica pela equipe.
- Notificação Imediata.
- Monitoramento clínico até a saída do paciente da unidade.
- Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa.

#### **8.4 CRITÉRIOS GRAVIDADE**

- Cianose ou apneia observada
- Bradicardia ou taquicardia persistente (FC>180bpm)
- Sinais de desidratação
- Desconforto respiratório moderado a grave persistente: Retração sub/intercostal para respirar, batimento da asa do nariz, movimento paradoxal do abdômen, e FR >70 rpm para pacientes menores de 12 meses e >50 rpm para crianças maiores.
- Hipoxemia (SpO<sub>2</sub><92%)
- Indisponibilidade de alimentação via oral, inclusive amamentação
- **Sinais adicionais:** Impossibilidade de a criança ser observada pelos pais em casa assim como alteração do estado neurológico, confusão e letargia.

#### **ATENÇÃO: Considerar casos graves nas seguintes situações:**

Prematuridade, idade menor que 3 meses, desnutrição, doença pulmonar crônica, defeitos anatômicos das vias aéreas, cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, doença neurológica ou neuromuscular.

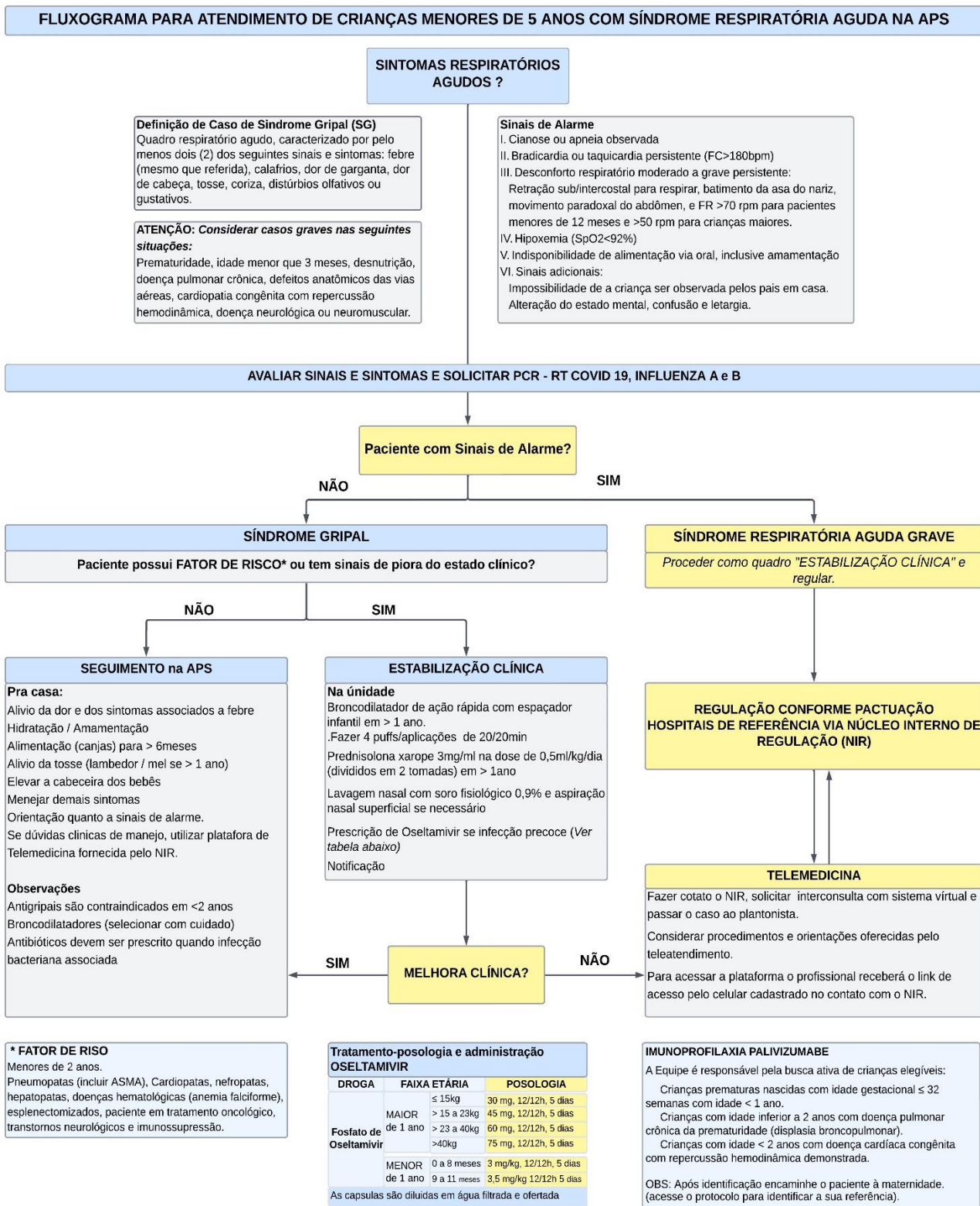
### **8.5 IMUNOPROFILAXIA PALIVIZUMABE – INDICAÇÃO**

O Palivizumabe é destinado à prevenção de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em pacientes pediátricos com alto risco para doença, que em alguns casos levam a SRAG.

A segurança e eficácia da imunoprofilaxia foram estabelecidas em:

- Crianças prematuras nascidas com idade gestacional < 32 semanas (até 31 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias).
- Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar).
- Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

## 8.6. FLUXOGRAMA



## 9. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Na Paraíba, a rede hospitalar de atendimento pediátrico conta com 14 unidades, distribuídas em estaduais e municipais, totalizando 310 leitos pediátricos 100% SUS. De

acordo com o histórico epidemiológico, entre os meses de março a setembro ocorre um aumento significativo da demanda assistencial pediátrica, pelo período de sazonalidade, fazendo com que os hospitais que atendem esse perfil, operem acima da sua capacidade instalada, ocasionando atraso no diagnóstico o que pode resultar em risco de agravamento para o paciente. Um dos pontos tratados neste plano de ação diz respeito justamente à ampliação de leitos pediátricos em unidades estrategicamente escolhidas, buscando reduzir os riscos e ofertar qualidade de assistência. Sendo assim, segue abaixo planilha demonstrativa de ampliação de leitos de enfermaria, leitos de UTI e semi-intensiva nos hospitais estaduais:

<b>AMPLIAÇÃO DE LEITOS PEDIÁTRICOS NAS UNIDADES ESTADUAIS</b>							
<b>Unidade Hospitalar</b>	<b>Leitos Existentes de UTI</b>	<b>Leitos Existentes de Enfermaria</b>	<b>Leitos existentes de semi-intensiva</b>	<b>Leitos Ampliados de UTI</b>	<b>Leitos ampliados de enfermaria</b>	<b>Leitos Ampliados de Semi-intensiva</b>	<b>Gestão</b>
<b>MACRO I</b>							
Infantil Arlinda Marques	14	105	4		25	1	Estadual
Trauma Humberto Lucena	3	8	-	-	4	-	Estadual
Hospital Geral de Mamanguape	-	8	-	10	10	-	Estadual
Hospital Regional de Itabaiana	-	8	-	-	8	-	Estadual
Hospital Regional de Guarabira	-	6	-	-	-	-	Estadual
Hospital Metropolitano	15	-	-	-	-	-	Estadual
<b>MACRO II</b>							
Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	15	17	-	10	-	-	Estadual
Hospital Geral de Taperoá	-	8	-	-	8	-	Estadual
Hospital Regional de Picuí	-	1	-	-	4	-	Estadual
Hospital Geral de Queimadas	-	5	-	-	10	-	Estadual
<b>MACRO III</b>							

Infantil Noaldo Leite	7	37	5	-	12	1	Estadual
Hospital Regional de Sousa	-	30	-	-	-	-	Estadual
Hospital Regional de Cajazeiras	6	-	-	-	16	-	Estadual
UPA Cajazeiras	-	8	-	-	-	-	Estadual
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>241</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>97</b>	<b>2</b>	

**Totalizando uma ampliação de 119 leitos de pediatria em todo o estado.**

Diante do cenário atual, a Secretaria de Estado da Saúde estruturou a linha de cuidado de doenças respiratórias visando a ampliação dos 310 leitos já existentes, sendo 241 leitos de enfermaria e 60 leitos de terapia intensiva e 9 leitos de semi-intensiva, para 429 leitos, com 97 novos leitos de enfermaria, 20 de terapia intensiva e 2 de semi-intensiva, visando a melhoria da assistência ao público pediátrico do estado da Paraíba.

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande também estarão fortalecendo as suas redes assistenciais frente ao período de sazonalidade. De 62 leitos de enfermaria, 12 de terapia intensiva e 12 leitos de observação, para 74 leitos de enfermaria, 22 leitos de terapia intensiva, 12 leitos de observação clínica e 2 leitos de isolamento, totalizando 24 leitos ampliados no município de João Pessoa. Já o município de Campina Grande conta com a ampliação de 38 leitos, partindo de 185 leitos de enfermaria e 35 de terapia intensiva, para 213 leitos de enfermaria e 45 leitos de terapia intensiva.

## **10.COMPLEXO REGULADOR**

A Secretaria de Estado da Saúde no entendimento e cumprimento da necessidade de executar seu papel de articulador e organizador do sistema, fortalecendo a capacidade de resposta às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, provendo-o em suas deficiências e garantindo o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e eficiente a população, aponta a regulação, dentre outros, como um instrumento essencial à gestão do SUS no Estado.

Considerado o atual cenário no tocante ao momento sazonal, com casos de doenças respiratórias, há grande demanda de leitos hospitalares infantis, causando uma sobrecarga no sistema de saúde. Sendo assim, o Complexo Regulador Estadual estrutura o seu perfil regulatório com o intuito de organizar o fluxo das regulações de leitos de

crianças e adolescentes no Estado, com vistas a reduzir a fragmentação das solicitações e otimizar o tempo resposta.

A operacionalização do Complexo Regulador Estadual da Paraíba, com a Central de Regulação Estadual (CRE/PB), implementa nesse referido Plano de Ação a Linha da Criança e Adolescente, ligado à Secretaria de Estado da Saúde, com a função de regular os leitos pertencentes à Rede Estadual da I Macro, II Macro e da III Macro; a Central de Regulação de Campina Grande permanece como referência para leitos de gestão municipal da II Macro, e a Central de Regulação de João Pessoa para os leitos de gestão municipal da I Macro. Importante destacar o trabalho conjunto de monitoramento dos leitos junto aos complexos reguladores municipais de João Pessoa e Campina Grande, obedecendo sempre ao princípio da hierarquização municipal, regional, estadual e/ou nacional.

### **10.1 TELEINTERCONSULTA EM SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE**

Com o objetivo de atendimento integral de qualidade aos pacientes acometidos por SRAG no atual cenário, no tocante ao momento sazonal, a Central de Regulação Estadual enxerga a necessidade de expandir suas atividades de teleinterconsulta para enfrentamento dessa adversidade. Sendo assim, a ferramenta da telemedicina em específico na modalidade teleinterconsulta, torna-se peça vital no cuidado a população nesse momento de fragilidade.

A modalidade teleinterconsulta consiste na troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de tecnologias digitais de informação e comunicação, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. À vista disso, a CERH auxiliará os médicos plantonistas, através da Rede Cuidar pelo programa “Saúde Meet”, com o parecer na área da pediatria, garantindo o esgotamento de recursos na unidade de origem a favor do paciente anteriormente à regulação, visando um melhor fluxo nos hospitais de referência e assim assegurando a equidade de atendimento aos pacientes com maior necessidade.

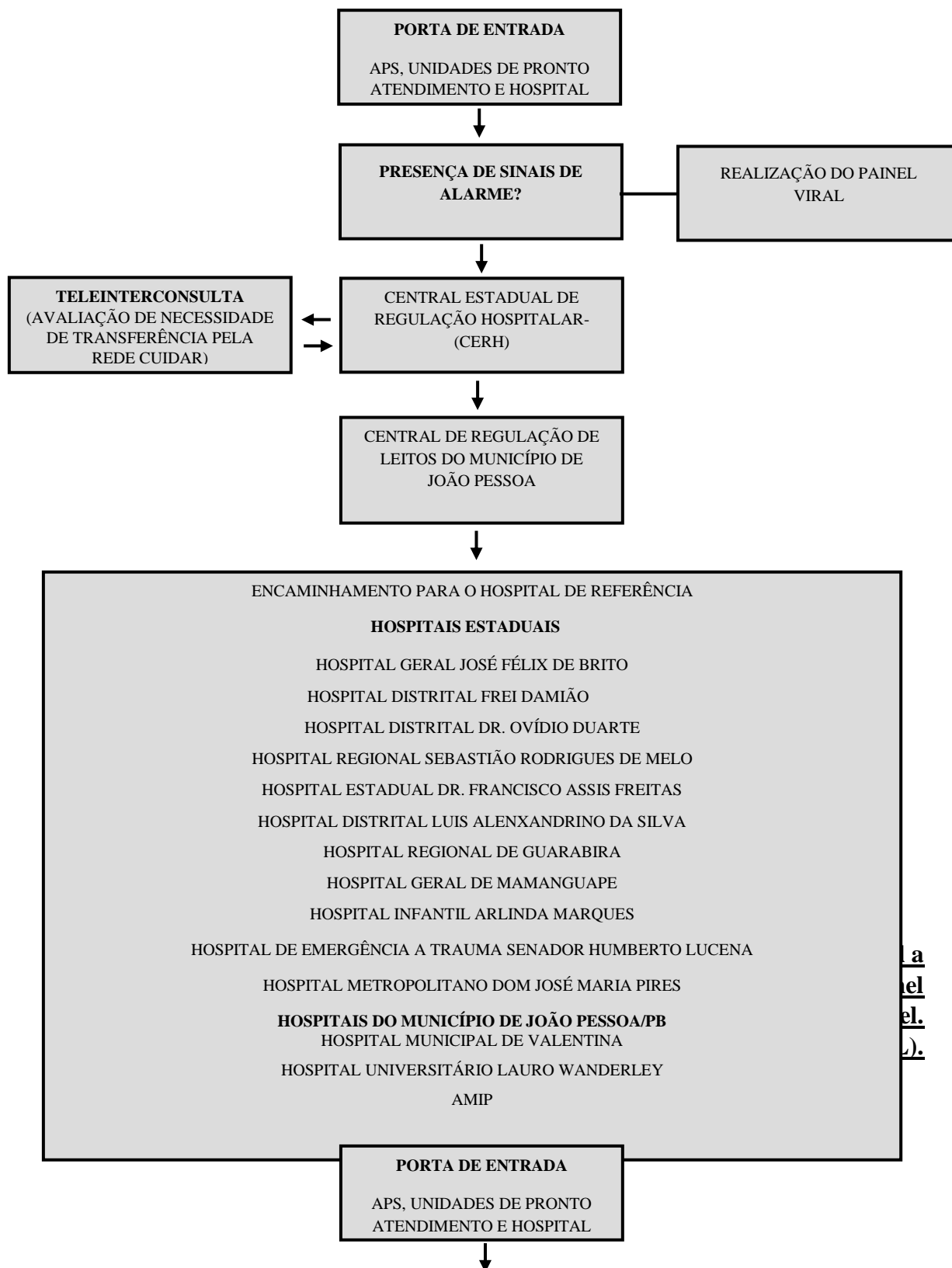
### **10.2 FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO**

O fluxo de regulações do perfil criança e adolescente se dará por meio da centralização das solicitações à Central Estadual de Regulação Hospitalar (CERH) e, caso se enquadrem nos critérios pré-estabelecidos por protocolo, regulará para os

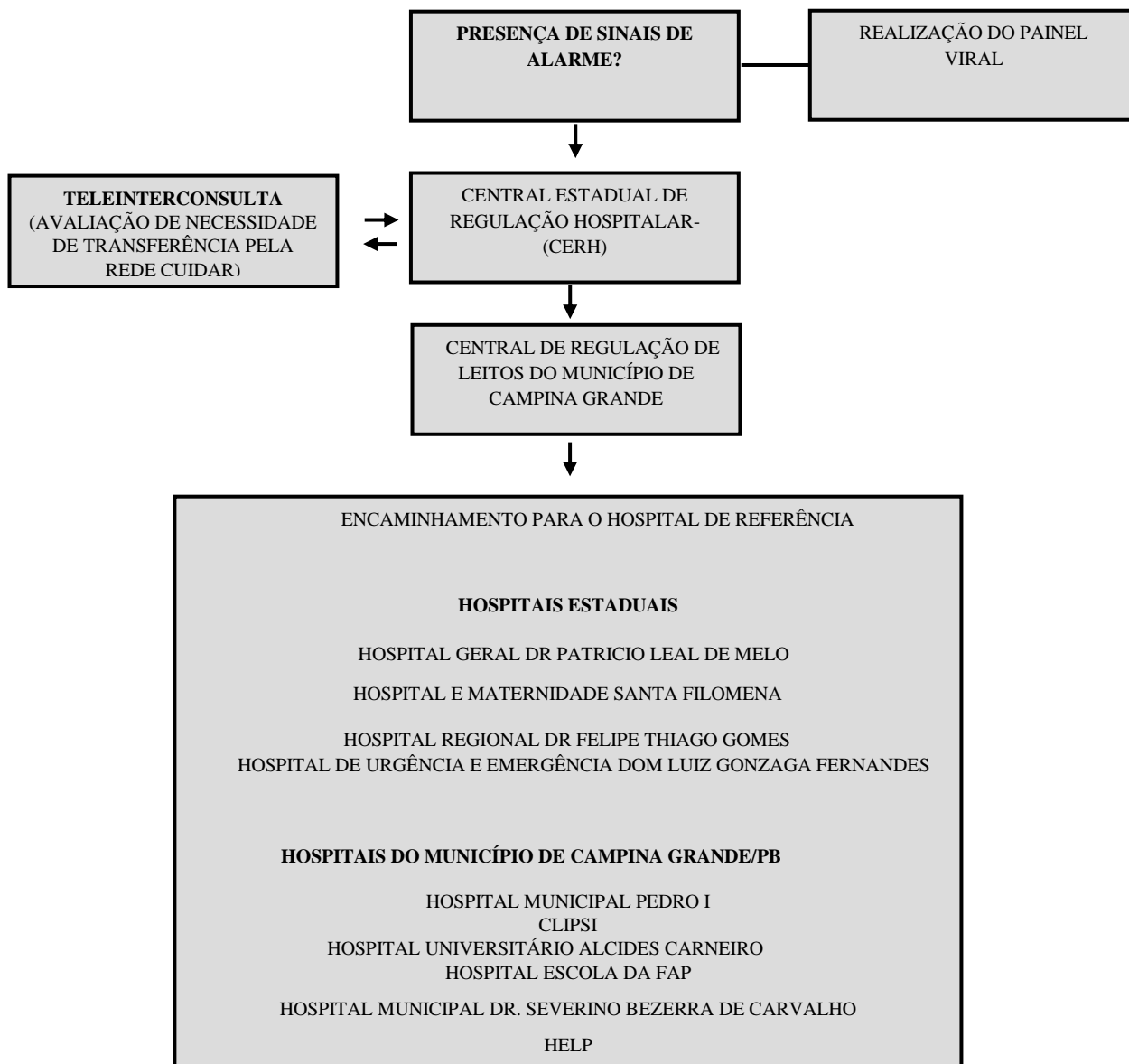


estabelecimentos de gerência Estadual ou enviará às Centrais de Regulação Hospitalares dos municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB para que estes garantam o acesso aos estabelecimentos sob sua gestão, conforme fluxogramas a seguir:

**MACRO I**

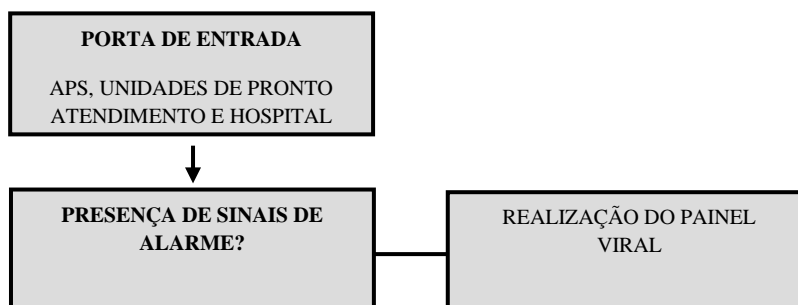


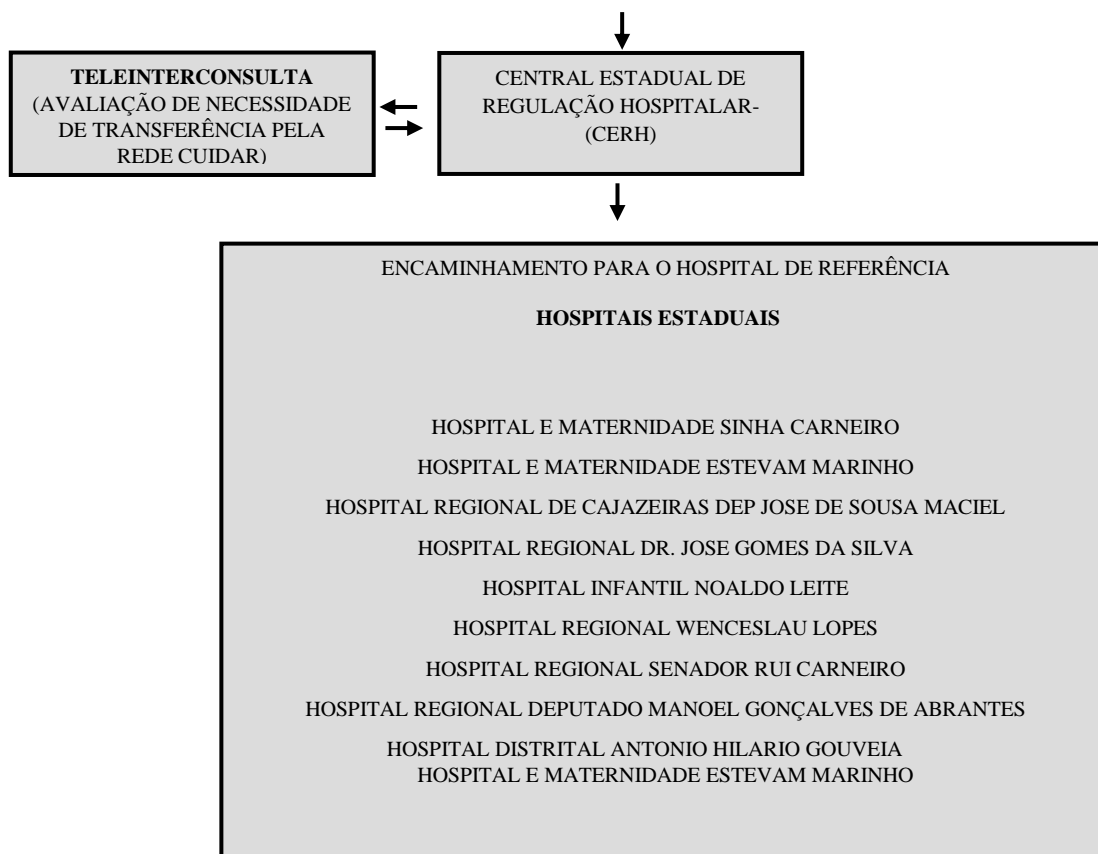




**OBS: O governo do estado fornece kits para coleta de amostra por SWAB nasal a todos os 223 municípios da Paraíba. Quando coletados para realização do painel viral, deverão ser encaminhados ao LACEN mais próximo o mais rápido possível. A amostra deverá ser cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).**

### MACRO III





**OBS: O governo do estado fornece kits para coleta de amostra por SWAB nasal a todos os 223 municípios da Paraíba. Quando coletados para realização do painel viral, deverão ser encaminhados ao LACEN mais próximo o mais rápido possível. A amostra deverá ser cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).**

## **11.PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA AS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS**

### **11.1 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE**

#### **11.1.1 OBJETIVOS**

- Sistematizar o atendimento hospitalar de crianças com suspeita ou diagnóstico de pneumonia
- Fornecer elementos de apoio à identificação precoce de sinais de gravidade, decisão e manejo clínico
- Melhorar a qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica

#### **11.1.2 POPULAÇÃO ALVO**

- Crianças e adolescentes com sinais e sintomas de pneumonia.

### **11.1.3 DEFINIÇÃO E QUADRO CLÍNICO**

Trata-se de uma doença do trato respiratório inferior causada por um agente infeccioso que resulta em inflamação dos tecidos de um ou ambos os pulmões. O termo refere-se à infecção em crianças não hospitalizadas no último mês, portanto não colonizadas por germes hospitalares. O quadro clínico é variado e inespecífico. Constituem o quadro clínico clássico febre, tosse seca ou produtiva, toxemia e diferentes graus de taquidispneia. Podem acontecer casos de subfebris ou sem febre, com sibilância. A ausculta respiratória pode incluir a presença de estertores crepitantes, sopro tubário, ou sons abolidos ou diminuídos no caso de complicações, como o derrame pleural.

A Sociedade Brasileira de Pediatria separa os pacientes maiores de dois meses em dois grupos: (a) pneumonia (apenas frequência respiratória aumentada para idade) que requerem tratamento ambulatorial com antibioticoterapia; (b) pneumonia grave (frequência respiratória aumentada com presença de tiragem subcostal) que devem ser encaminhados para internação hospitalar. Doenças como asma, bronquiolite, sibilância induzida por vírus podem causar taquipneia e devem ser tratadas com broncodilatador antes da classificação do paciente em relação à PAC.

### **11.1.4 DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico é clínico e pode ter ajuda da radiografia de tórax.

#### **a. Exames de imagem**

- **Radiografia de tórax:** não é necessário de rotina, solicitar se suspeita de complicações e/ou desconforto respiratório moderado a grave, hipoxemia, curso prolongado ou má resposta a tratamentos anteriores. Diretriz internacionais como British Thoracic Society (BTS) National Institute for Health and Care Excellence (Nice), do Reino Unido, Paediatric Infectious Diseases Society (Pids), Infectious Diseases Society of America (IDSA) e South African Thoracic Society (Sats) não recomendam a realização do RX de tórax em crianças que estejam bem o suficiente para serem tratadas em ambulatório. O uso de imagem pode ser considerado em crianças abaixo de cinco anos, que apresentem febre e leucocitose sem causa aparente. Não devem ser

utilizadas para avaliar evolução do quadro em pacientes com melhora clínica.

- b. **Exames laboratoriais:** (a) se recém-nascidos (<28 dias) com febre, (b) lactentes até 90 dias com febre (c) quadro clínicos com tiragens e toxemia (d) agravamento não esperado do quadro clínico e (e) pacientes que serão submetidos a internação hospitalar.

- Hemograma: pode ser útil na avaliação de pacientes internados. A contagem de leucócitos pode não ser útil para diferenciar causas bacterianas e virais de pneumonia, apesar de pneumonias bacterianas cursarem frequentemente com leucocitose.
- Provas de atividade inflamatória: não conseguem diferenciar de forma útil a PAC viral de bacteriana de forma segura. São úteis para seguimento do tratamento, especialmente em casos complicados.

### **11.1.5 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

- Hipoxemia
- Desidratação ou incapacidade de ingesta
- Desconforto respiratório moderado a grave (FR>70rpm para pacientes menores de 12 meses e >50rpm para crianças maiores)
- Gemência, batimentos de asa nasal, retrações e apneias
- Toxemia
- Comorbidades cardiológicas, neurológicas ou genéticas
- Complicações: derrame pleural, pneumonia necrotizante ou abscesso
- Menores de 2 meses
- Condições sociais

### **11.1.6 TRATAMENTO**

- A decisão para o tratamento deve considerar a alta prevalência PAC em crianças abaixo dos cinco anos de idade. A presença de sibilância associada à taquipneia, deve-se lembrar de pneumonia viral, bronquiolite e crises de asma aguda. Considerar também fatores de risco para evolução desfavorável, como

baixa idade, desnutrição, comorbidades, baixas condições socioeconômicas, baixa escolaridade dos pais, baixa cobertura vacinal.

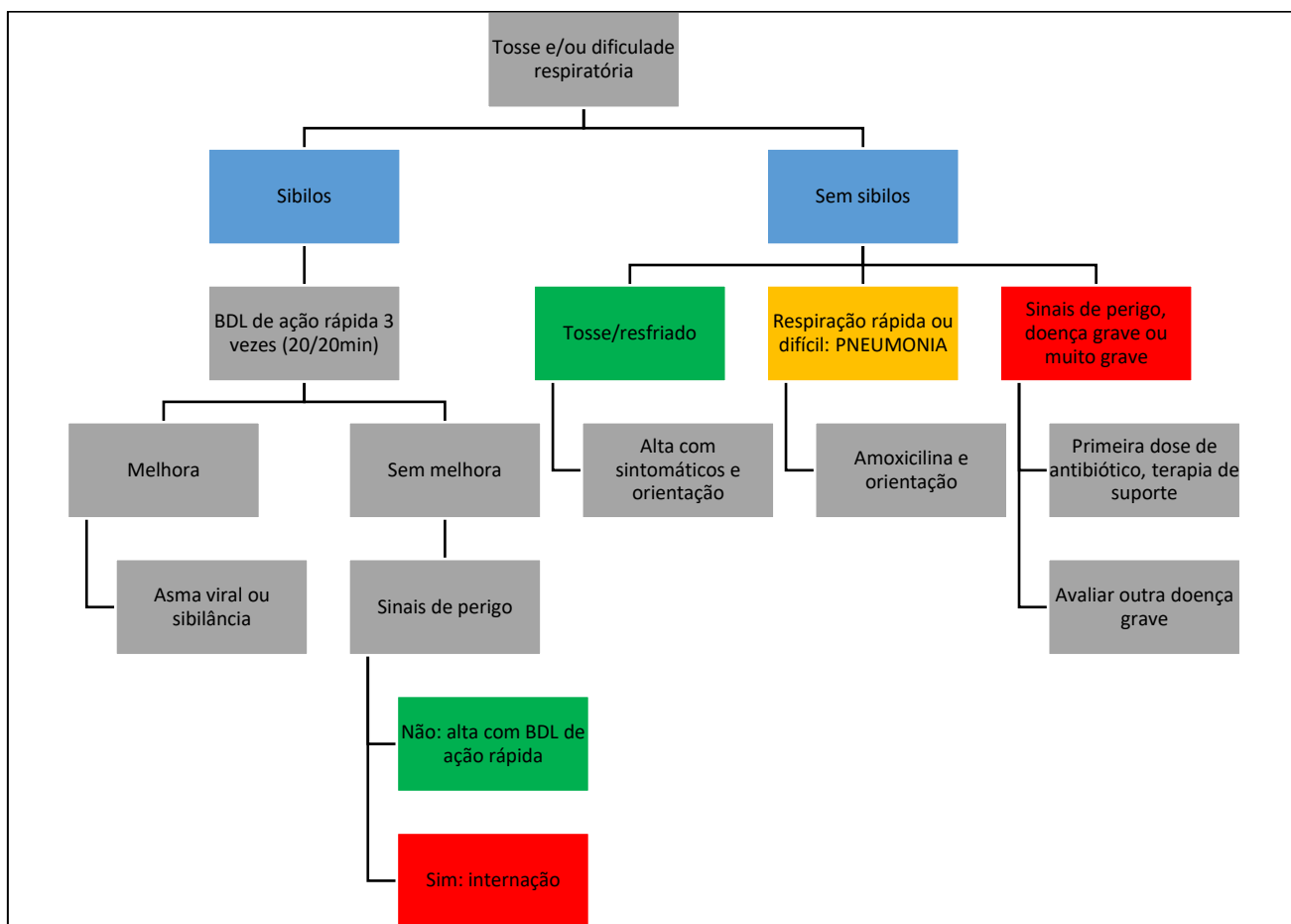
- Recomenda-se uma **abordagem inicial da criança com tosse e/ou dificuldade para respirar que avalia a resposta a broncodilatadores** conforme fluxograma.
- **Ambulatorial:** crianças sem sinais de gravidade e com boas condições clínicas devem ser tratadas em seu domicílio
  - **Amoxicilina** 50mg/kg/dia em intervalos de 8 em 8h ou 12 em 12h, por 7 dias
  - Em suspeita de pneumonia atípica: **claritromicina** 15mg/kg/dia por 7 a 10 dias ou **azitromicina** 10mg/kg/dia, dose única ao dia, por 5 dias.
  - Orientar responsável em caso de falha terapêutica após 48 a 72 horas. Causas frequentes nesse contexto são: presença de complicações, como derrame pleural, pneumonia necrosante e abscesso pulmonar; outros agentes que não os esperados, como vírus, bactérias atípicas; não cumprimento da prescrição (dose, intervalo, tempo de uso e condicionamento correto); doença de base do paciente e ocorrência de quadros diferenciais como aspiração de corpo estranho e malformações pulmonares.
  - Em caso de falha terapêutica, pode-se modificar para amoxicilina 90mg/kg/dia ou amoxicilina + clavulanato
- **Hospitalar:** a decisão deve ser baseada na idade, condições clínicas subjacentes e fatores clínicos que conferem gravidade à doença.
  - **Ampicilina** 200mg/kg/dia, de 6 em 6h. Droga alternativa: **Penicilina G cristalina** 150.000UI/kg/dia de 6 em 6h.
  - Pode ser considerada a **ceftriaxona** 50 a 100mg/kg/dia em casos de falha terapêutica ou crianças gravemente doentes sem imunização completa para pneumococo.
  - Lactentes menores de dois meses devem receber **gentamicina** 7,5mg/kg/dia de 24 em 24h em associação à ampicilina ou penicilina cristalina.
  - Em casos de pneumonias complicadas com derrame pleural, considerar uso de **clindamicina** 40mg/kg/dia, de 8 em 8h.

- Na suspeita de pneumonia atípica, recomenda-se azitromicina 10mg/kg/dia dose única ao dia por 5 dias ou claritromicina 15mg/kg/dia de 12 em 12h, por 10 dias.
- Recomenda-se oxigenoterapia para crianças com saturação de oxigênio <92%.

#### **11.1.7 CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR**

- Frequência respiratória:
  - Menores que 6 meses: < 60irpm
  - 6 meses a 11 meses: <55irpm
  - Acima de 12 meses: <45irpm
- Afebril por 48h
- Família bem orientada e confiante que pode prestar cuidados em casa: antibioticoterapia via oral para completar 10 dias.

#### **11.1.8 FLUXOGRAMA**



Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria

## 11.2 BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

### 11.2.1 OBJETIVOS

- Sistematizar o atendimento hospitalar de crianças com diagnóstico ou suspeita de bronquiolite.
- Fornecer elementos de apoio à identificação precoce de sinais de gravidade, decisão e manejo clínico.
- Melhorar a qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

### 11.2.2 POPULAÇÃO ALVO

- Crianças menores de 2 anos com sinais e sintomas de Bronquiolite Viral Aguda

### 11.2.3 HISTÓRIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

A bronquiolite é uma infecção por vírus patogênico, que pode ser causada por diversos vírus, principalmente o Vírus Sincicial Respiratório, seguidos por rinovírus, influenza, adenovírus, coronavírus. É comum o acometimento de crianças menores de 4 anos e em especial menores de 2 anos de idade no período de março a junho em nossa região.

O diagnóstico é essencialmente clínico. Tipicamente a história de um paciente com idade inferior a 2 anos que apresente um pródromo gripal, seguido de esforço respiratório e sibilância. Pode haver febre baixa. Contactantes com sintomas gripais corroboram com a hipótese diagnóstica.

- **Exames de imagem**
  - **Radiografia de tórax:** não é necessário de rotina, solicitar se suspeita de complicações e/ou desconforto respiratório moderado a grave. Pode levar a tratamentos sem benefício.
- **Exames laboratoriais:** (a) se recém-nascidos (<28 dias) com febre, (b) lactentes até 90 dias com febre alta e/ou suspeita de infecção secundária e (c) agravamento não esperado do quadro clínico.

#### **11.2.4 PREVENÇÃO**

Com o intuito de redução de riscos de a população desenvolver SRAG nessa época do ano de sazonalidade, o Ministério da Saúde recomenda algumas medidas de prevenção não farmacológica, na intenção de interrupção de disseminação do agente patógeno, ao exemplo de, evitar contato e exposição do paciente com pessoas com sintomas de síndrome gripal, além de por medidas comportamentais, como, o de uso de máscara e refinamento da higienização pessoal em especial a lavagem adequada das mãos.

Ademais, aliado a medidas não comportamentais, o Ministério da saúde recomenda para algumas populações específicas de risco a possibilidade de uso da ferramenta de imunização passiva por meio do anticorpo monoclonal artificial específico para o Vírus Sincicial Respiratório, estudos demonstram melhores prognósticos aos pacientes acometidos, menor risco relativo de internações ou menor tempo de internação nos pacientes acometidos.

O Pavilizumabe, anticorpo monoclonal artificial específico para VSR, tem seu uso indicado nos períodos de sazonalidade da doença bronquiolite viral aguda causada pelo vírus Sincicial Respiratório, no Nordeste tipicamente entre os meses de março e julho,



sendo assim uma aplicação por mês na dose de 15mg/kg. Sua indicação fica reservada a pacientes no qual possuem seu sistema imune imaturo, especificamente, crianças prematuras nascidas com idade gestacional menores de 31 semanas e 6 dias, crianças menores de 02 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade, crianças menores de 02 anos de idade com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

#### **11.2.4.1 DOCUMENTO NECESSÁRIOS PARA USO DE PAVILIZUMABE**

Para o cadastro e a solicitação do medicamento, o responsável pelo paciente deverá apresentar os seguintes documentos:

- Formulário Estadual de Solicitação de Palivizumabe;
- Prescrição;
- Relatório Médico contendo justificativa da indicação do Palivizumabe conforme Protocolo Federal ou Estadual;
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do Cartão Nacional do SUS-CNS; Cópia de RG, CPF e CNS do responsável;
- Cópia do Comprovante de Residência.

\* O uso do Cartão Nacional do SUS é obrigatório independente do paciente possuir assistência médica privada (Saúde Complementar). Na impossibilidade do uso do cartão do paciente deverá ser utilizado o cartão da genitora.

#### **Polos de aplicação do Palivizumabe nas Regiões de Saúde da Paraíba:**

##### **1ª Região:**

- Hospital Universitário Lauro Wanderley – João Pessoa;
- Hospital Edson Ramalho – João Pessoa
- Maternidade Cândida Vargas – João Pessoa;
- Maternidade Frei Damião – João Pessoa.

**6ª Região:**

- Maternidade Peregrino Filho–Patos.

**10ª Região:**

- Hospital Regional de Sousa (Unidade de Pediatria).

**16ª Região:**

- Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) – Campina Grande.

Nas regiões onde não houver polo de aplicação do Palivizumabe, os responsáveis deverão procurar a regional de saúde ao qual o município está vinculado para solicitar informações, para qual polo de aplicação ele deve se dirigir para ter acesso ao medicamento.

Após análise dos documentos pelo polo de aplicação, será designada a data de atendimento para dispensa do medicamento.

### **11.2.5 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

- Cianose ou apneia observada ou relata;
- Bradicardia ou taquicardia persistente (FC>180bpm);
- Desidratação;
- Desconforto respiratório moderado a grave persistente ou FR >70irpm;
- Toxemia;
- Indisponibilidade de alimentação via oral, inclusive amamentação;
- Hipoxemia (SpO2<92%);
- Impossibilidade de a criança ser observada pelos pais em casa.

Considerar internação nas seguintes situações: prematuridade, idade menor que 3 meses, desnutrição, doença pulmonar crônica, defeitos anatômicos das vias aéreas, cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, doença neurológica ou neuromuscular.

### **11.2.6 TRATAMENTO**

**a. Recomendações**

- **Hidratação** VO ou EV, dependendo das condições clínicas (nível de consciência, grau de desconforto respiratório, estado de hidratação e condições hemodinâmicas)
- Teste terapêutico com **broncodilatador** em casos moderados e graves e manter se boa resposta.
- **Aporte de oxigênio se SpO2 <92%**
- **Lavagem nasal** com soro fisiológico 0,9% e aspiração nasal superficial
- **Suporte nutricional:** iniciar hidratação venosa ou dieta via sonda nasogástrica/orogástrica se apresentarem intolerância à dieta via oral devido à má aceitação, dificuldade de sucção, vômitos ou risco de aspiração devido ao esforço respiratório moderado ou grave, ou FR >70irpm

**b. Não recomendados**

- **Corticóides sistêmicos ou inalatórios:** nenhum consenso considera este uso.
- **Adrenalina:** não é recomendado de rotina, apenas em caso de suspeita de acometimento de via aérea superior, como laringites.
- **Antibioticoterapia:** proscritos, exceto para casos graves ou infecção bacteriana concomitante (confirmada ou suspeita)

**c. Não há consenso**

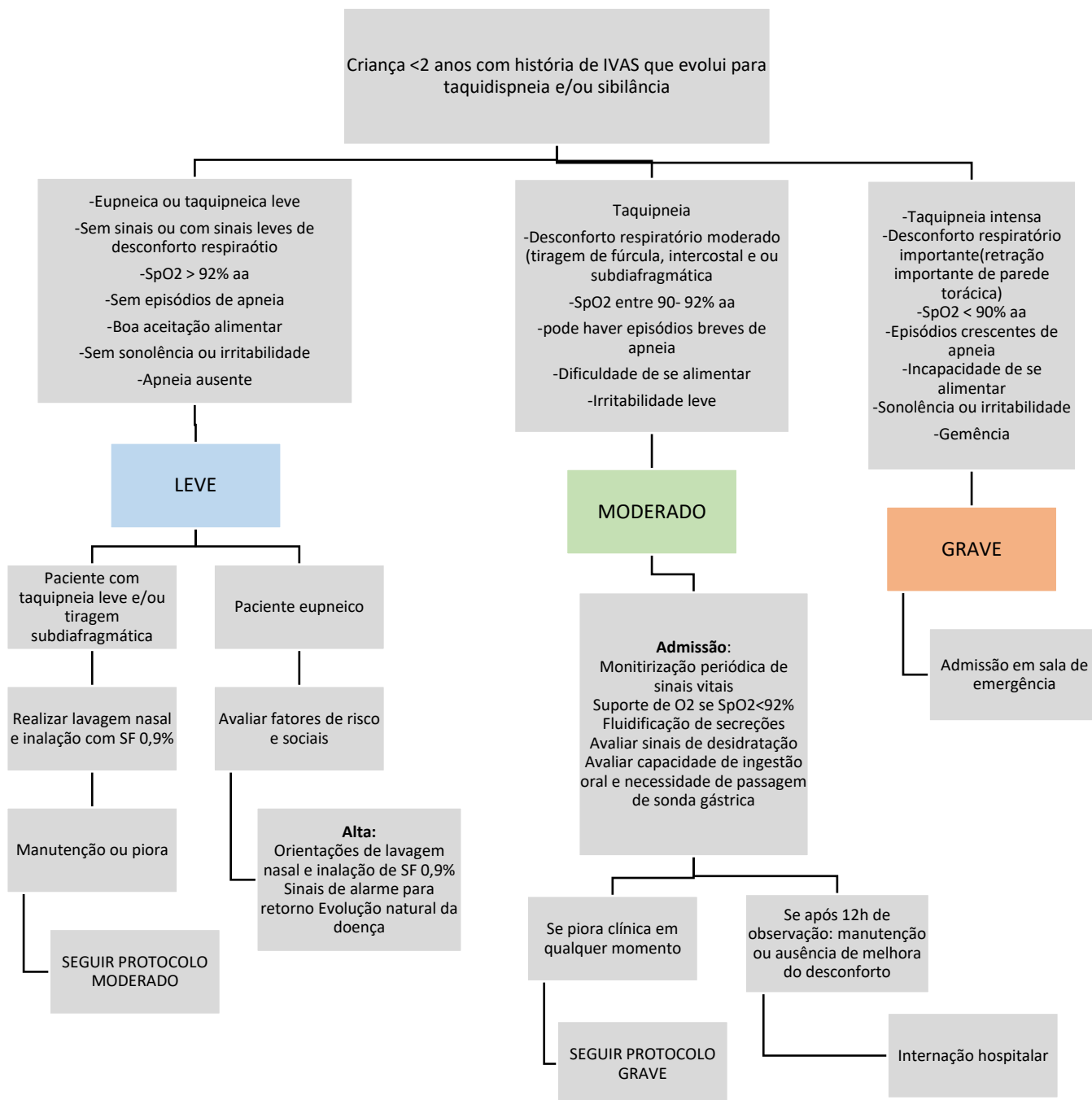
- **Solução salina hipertônica 3%:** A SBP não recomenda rotineiramente, mas sugere que possa ser considerado para pacientes internados por mais de 3 dias. Outras diretrizes não recomendam.

### **11.2.7 CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR**

- Frequência respiratória:
  - Menores que 6 meses: < 60irpm
  - 6 meses a 11 meses: <55irpm
  - Acima de 12 meses: <45irpm
- Estabilidade por pelo menos 12h antes da alta, com SpO2 ≥ 92%
- Ingesta oral adequada

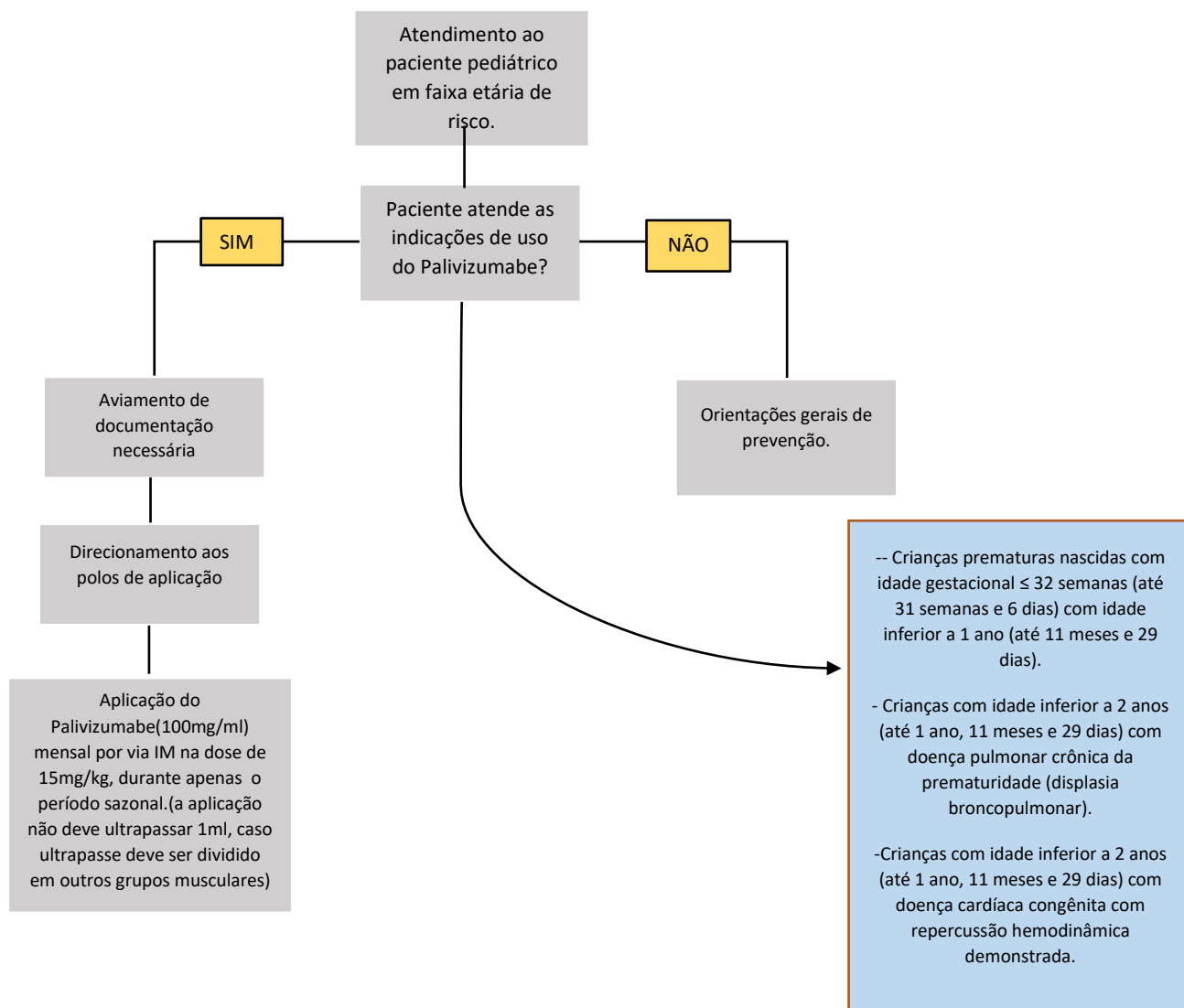
- Família bem orientada e confiante que pode prestar cuidados em casa.

### 11.2.8 FLUXOGRAMAS



### FLUXOGRAMA DE MANEJO DO PACIENTE COM BVA

## FLUXOGRAMA USO DO PALIVIZUMABE



### 11.3 INFECÇÃO PELO VÍRUS INFLUENZA

#### 11.3.1 OBJETIVOS

- Sistematizar o atendimento hospitalar de crianças com suspeita ou diagnóstico de pneumonia
- Fornecer elementos de apoio à identificação precoce de sinais de gravidade, decisão e manejo clínico
- Melhorar a qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica

### **11.3.2 POPULAÇÃO ALVO**

População em geral, em especial os grupos de riscos (crianças, gestantes, puérperas, povos indígenas, trabalhadores da saúde, idosos com 60 anos).

### **11.3.3 HISTÓRIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO**

Infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais elevada, persistente e prolongada em crianças.

O diagnóstico clínico é caracterizado por febre com sinais e sintomas de vias aéreas superiores, com pelo menos uma manifestação sistêmica. Os sinais e sintomas são habitualmente de aparecimento súbito, como:

- Comprometimento de via aérea superior: rinorreia, dor de garganta, rouquidão, disfonia, tosse, com comprometimento sistêmico.
- Calafrios.
- Mal-estar.
- Cefaleia.
- Mialgia.

As queixas respiratórias tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

O diagnóstico costuma ser clínico, mas os ensaios de reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (PCR-TR) sensíveis e específicos podem diferenciar os tipos e os subtipos da influenza e, assim, ajudar a escolher a terapia antiviral e determinar se os surtos da doença respiratória ocorrem por causa da influenza.

### **11.3.4 PREVENÇÃO**

Com o intuito de redução de riscos de a população desenvolver SRAG nessa época do ano de sazonalidade, o Ministério da Saúde recomenda algumas medidas de prevenção não farmacológica, na intenção de interrupção de disseminação do agente patógeno, ao exemplo de, evitar contato e exposição do paciente com pessoas com sintomas de síndrome gripal, além de por medidas comportamentais, como, o de uso de máscara e refinamento da higienização pessoal em especial a lavagem adequada das mãos.

O controle da influenza requer vigilância qualificada, somada às ações de imunização anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade e com maior risco para desenvolver complicações.

A vacinação anual contra influenza é a principal medida utilizada para se prevenir a doença, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade durante o período de circulação sazonal do vírus influenza reduzindo o agravamento da doença.

É recomendada a vacinação anual contra influenza para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores (WHO, 2018). Essa recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior.

Atualmente, a vacina encontra-se indicada para as crianças acima de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), gestantes, puérperas, povos indígenas, trabalhadores da saúde, idosos com 60 anos ou mais, professores das escolas públicas e privadas, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, pessoas com deficiência permanente, profissionais das forças de segurança e salvamento e das forças armadas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso, trabalhadores portuários, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas e população privada de liberdade. O público-alvo, portanto, representa aproximadamente 80 milhões de pessoas.

### **11.3.5 CRITERIOS DE INTERNAÇÃO**

- Choque;
- Desconforto respiratório;

- Descompensação de doença de base;
- Insuficiência respiratória; Saturação de O<sub>2</sub> menor que 95%;
- Instabilidade hemodinâmica.
- Cianose ou apneia observada ou relatada
- Bradicardia ou taquicardia persistente (FC>180bpm)
- Desidratação
- Indisponibilidade de alimentação via oral, inclusive amamentação
- Impossibilidade de a criança ser observada pelos pais em casa

**Considerar internação nas seguintes situações:** prematuridade, idade menor que 3 meses, desnutrição, doença pulmonar crônica, defeitos anatômicos das vias aéreas, cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, doença neurológica ou neuromuscular.

### **11.3.6 TRATAMENTO**

A maioria dos casos dos pacientes acometidos pela infecção pelo vírus Influenza se manifesta de forma leve e sem sinais de gravidade, sendo assim, majoritariamente o tratamento baseia-se em medidas de suporte ao paciente, como aumento da ingestão hídrica e uso de medicações sintomáticas. Entretanto, pacientes portadores de fatores de riscos para deterioração clínica e sinais de piora clínica se beneficiam do uso de antivirais.

O antiviral fosfato de oseltamivir faz parte da classe de drogas planejadas contra o vírus influenza, é um medicamento inibidor potente e seletivo da neuraminidase, uma glicoproteína essencial presente na superfície viral que atua facilitando a liberação do vírus durante os estágios finais do ciclo de infecção nas células hospedeiras.

O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus influenza. Portanto é de extrema importância o início do uso da medicação precocemente, se indicada, de forma empírica de acordo com o quadro sintomático do paciente, não descartando a possibilidade de investigações necessárias ou tratamentos coadjuvantes.

Estudos observacionais incluindo pacientes hospitalizados demonstraram maior benefício clínico quando o fosfato de oseltamivir é iniciado até 48 horas do início dos sintomas (MUTHURI *et al.*, 2014).



Entretanto, alguns estudos sugerem que o fosfato de oseltamivir pode ainda ser benéfico para pacientes hospitalizados se iniciado de quatro a cinco dias após o início do quadro clínico.

No caso de pacientes gestantes, em qualquer trimestre, com infecção por influenza, o maior benefício em prevenir falência respiratória e óbito foi demonstrado nos casos que receberam tratamento até 72 horas, porém ainda houve benefício quando iniciado entre três a quatro dias após o início dos sintomas, quando comparado com casos que receberam o antiviral após cinco dias do início do quadro clínico.

Os efeitos do uso dos antivirais em situações clínicas graves não foram avaliadas em estudos clínicos randomizados controlados duplo-cego, incluindo placebo, uma vez que a maior parte dos estudos clínicos anteriores foram conduzidos em pacientes ambulatoriais apresentando apenas síndrome gripal. Segundo as agências internacionais, os inibidores de neuraminidase são considerados *standart of care* e são as únicas drogas disponíveis aprovadas para pacientes com influenza hospitalizados.

**Figura 1:** Posologia do Oseltamivir

DROGA	FAIXA ETÁRIA	TRATAMENTO	INDICAÇÕES	
OSELTAMIVIR	Adulto	75mg,12/12h, 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Portadores de síndrome respiratória aguda grave (SRAG);</li> <li>Portadores de síndrome gripal com sinais de piora do estado clínico ou presenças de fatores de risco para gravidade.</li> </ul>	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 Kg		30 mg,12/12h, 5 dias
		>15 a 23 Kg		45 mg,12/12h, 5 dias
		>23 a 40 Kg		60 mg,12/12h, 5 dias
		>40 Kg		75 mg,12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	< 3 meses		12 mg,12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses		20 mg,12/12h, 5 dias
		6 a 11 meses		25 mg,12/12h, 5 dias

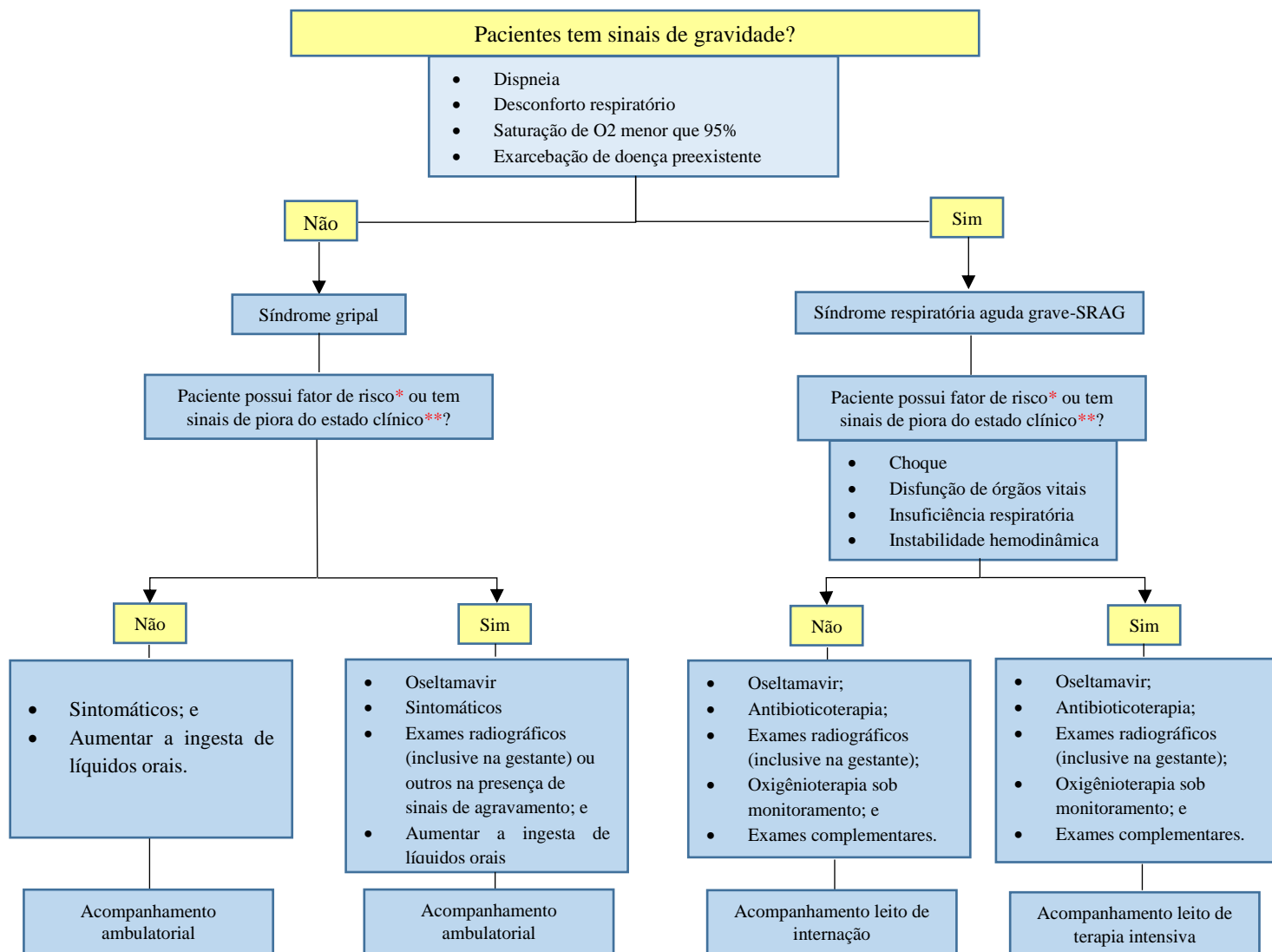
Fonte: Adaptado ministério da Saúde,2017

### 11.3.7 FLUXOGRAMA

#### Síndrome gripal

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 sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

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



**\*Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças (menores de 2 anos); adultos (maiores de 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo HAS); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVE ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/AIDS); nefropatias e hepatopatias.

**\*\*Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias, miosite comprovada por CPK (maior 2-3x); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exarcebação dos sintomas gastro intestinais.

Fonte: Adaptado da Biblioteca Virtual de Saúde, Ministério da Saúde, 2017.

OBS: Deve-se realizar o teste RT-PCR, porém a testagem não deve atrasar o início do tratamento com o Oseltamivir.

## 11.4 COVID-19 (SARS-CoV-2)

### 11.4.1 OBJETIVOS

- Sistematizar o atendimento hospitalar de crianças com suspeita ou diagnóstico de pneumonia

- Fornecer elementos de apoio à identificação precoce de sinais de gravidade, decisão e manejo clínico
- Melhorar a qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica

#### **11.4.2 DEFINIÇÃO**

A Covid-19 é uma doença de notificação compulsória imediata, no qual consiste em uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O vírus SARS-CoV-2 é um beta-coronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019, no qual posteriormente, em alguns poucos meses se tornou pandemia e vitimou milhares de pessoas em todo o mundo. Pertence ao subgênero *Sarbecovírus* da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

#### **11.4.3 QUADRO CLÍNICO**

Os sintomas podem ser variados, podendo ser únicos ou uma combinação de vários como:

- Febre ou calafrios
- Tosse
- Falta de ar ou dificuldade em respirar
- Fadiga
- Dor no corpo ou muscular
- Cefaleia
- Nova perda ou diminuição de olfato ou paladar
- Dor de garganta
- Congestão nasal
- Náusea ou vômitos
- Diarreia

#### **11.4.4 DIAGNOSTICO**

O diagnóstico é realizado a partir da análise sindrômica do paciente somada a pesquisa do material genético do vírus (RT-PCR), ou antígeno viral (teste rápido-Ag).

Sendo os mais utilizados o teste rápido e o RT-PCR, sendo esse o padrão ouro para diagnóstico da infecção.

#### **11.4.5 CRITERIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

- Saturação  $\leq 94\%$ ;
- FR  $\geq 24$  irpm;
- Dispneia;
- Obesidade, diabetes, ICC, HAS, Doença pulmonar, gestação, idade  $\geq 75$  anos;
- Imunodepressão;
- Deterioração clínica;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hipotensão (PA sistólica  $< 90$ mmHg ou PA diastólico  $< 60$ mmHg);
- Acometimento pulmonar importante;
- Disfunção orgânica;
- Evidência de sepse.

#### **11.4.6 TRATAMENTO**

De maneira geral, o tratamento para a covid-19 consiste em medidas de suporte e manejo de complicações, como controle dos sintomas, infecções associadas ao quadro, aumento do risco de trombose, insuficiência respiratória, entre outras. Entretanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autorizou no mês de março do ano de 2022 o uso da terapia antiviral por meio do Nirmatrelvir + ritonavir (Paxlovid) em caráter emergencial.

O nirmatrelvir (NMV) é uma molécula inibidora da protease 3CLpro do SARS-CoV-2, que gera uma potente atividade antiviral contra o coronavírus, pois inibe a clivagem da poliproteína viral e, conseqüentemente, a liberação das proteínas que atuam durante o mecanismo de replicação do vírus. Considerando que o nirmatrelvir é metabolizado pela enzima CYP3A4, o ritonavir tem como função aumentar os níveis séricos (ou concentração plasmática) do NMV no paciente. A utilização do ritonavir justifica-se, então, pela redução na velocidade de metabolização (ou depuração) do nirmatrelvir pelo organismo.

O Paxlovid é uma medicação indicada para paciente com diagnóstico confirmado para COVID -19 com sintomas leves a moderados (não graves), que não requerem oxigênio suplementar, independentemente da condição vacinal, a saber: **Imunocomprometidos com idade  $\geq 18$  anos** (segundo os critérios utilizados para priorização da vacinação para covid-19); e **pessoas com idade  $\geq 65$  anos**, visando reduzir o risco de internações, complicações e mortes pela covid-19. Sendo assim, o paxlovid, deve ser iniciado com menos de 5 dias de sintomas, sendo destinado a pacientes susceptíveis à maior deterioração clínica com a evolução da doença.

PAXLOVID	
<b>NOME COMERCIAL</b>	PAXLOVID
<b>PRINCÍPIO ATIVO</b>	NMV/r
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Nirmatrelvir (comprimidos de 150mg) e ritonavir (comprimidos de 100mg)
<b>DOSE</b>	2 comprimidos de 150mg de nirmatrelvir+1 comprimido de ritonavir(100mg)
<b>FREQUÊNCIA</b>	2 vezes ao dia
<b>PERÍODO</b>	5 dias
<b>INDICAÇÕES</b>	Pacientes imunocomprometidos acima de 18 ou paciente com idade acima de 65 anos, com diagnóstico confirmado para COVID -19 com sintomas leves a moderados (não graves), que não requerem oxigênio suplementar, independentemente da condição vacinal

Figura 1: adaptado posologia do Paxlovid

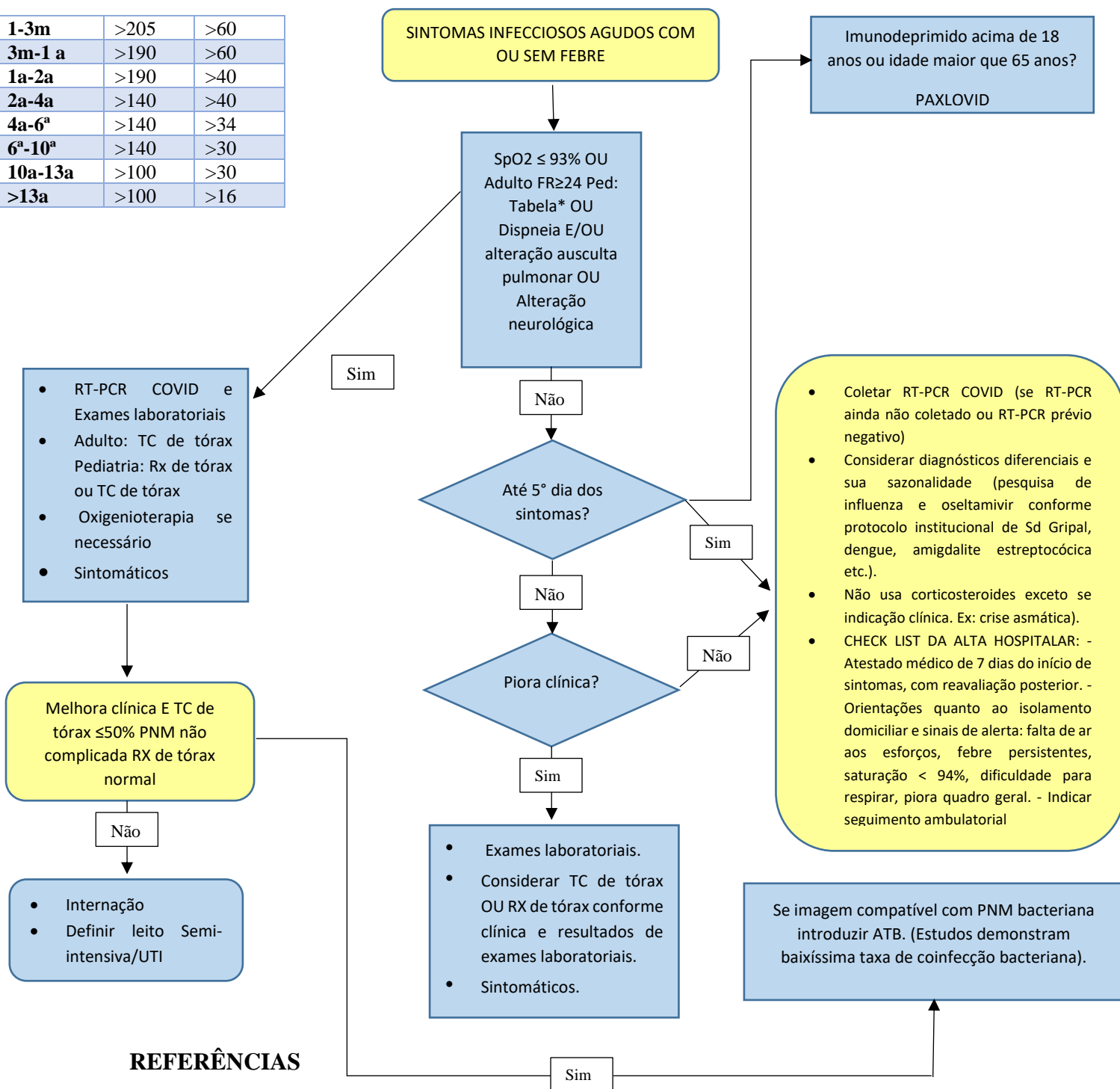
#### 11.4.7 CRITERIOS DE ALTA HOSPITALAR

- Estabilidade hemodinâmica.
- Boa aceitação de dieta via oral ou enteral.
- Paciente afebril há 24 horas.
- Ausência de uso de oxigênio suplementar por tempo mínimo de 24 horas com saturação mínima de  $\geq 92\%$  após criteriosa avaliação médica.
- Frequência respiratória  $\leq 24$  ipm.
- Em situações específicas (dependência de oxigenioterapia) considerar oxigênio domiciliar após criteriosa avaliação.

#### 11.4.8 FLUXOGRAMA DE MANEJO INICIAL AO COVID-19

Idade	FC	FR
0d-1m	>205	>60

1-3m	>205	>60
3m-1 a	>190	>60
1a-2a	>190	>40
2a-4a	>140	>40
4a-6ª	>140	>34
6ª-10ª	>140	>30
10a-13a	>100	>30
>13a	>100	>16



**REFERÊNCIAS**

Fonte: Adaptado Protocolo de manejo da COVID-19 do Hospital Israelita Albert Einstein

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo de COVID-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/comunicacao-em-saude/comunicacao-em-saude/protocolo-manejo-covid-19>. Acesso em: 10 abr. 2023.

2. Bastos LS, Niquini RP, Lana RM, Villela DAM, Cruz OG, Coelho FC. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(4):e00070120.

3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **DIRETRIZES PARA O MANEJO DA INFECÇÃO CAUSADA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)**. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Diretrizes\\_manejo\\_infeccao\\_causada\\_VSR2017.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf). Acesso em: 10 abr. 2023.

4. UPTODATE. **Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis.** 2023. Elaborada por Pedro A Pierdra. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolite&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolite&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2). Acesso em: 10 abr. 2023.
5. UPTODATE. **Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention Topic.** 2023. Elaborada por Pedro A Pierdra. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-andprevention?search=bronquiolite&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-andprevention?search=bronquiolite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 10 abr. 2023.
6. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Bronquiolite Viral Aguda. Guia do Episódio de Cuidado.** São Paulo, p. 13-15. out. 2022.
7. UPTODATE. **Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment.** 2023. Elaborada por William JBarson. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-outpatient-treatment?search=pneumonia%20adquirida%20na%20comunidade&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-outpatient-treatment?search=pneumonia%20adquirida%20na%20comunidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 10 abr. 2023
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Pneumonias Adquiridas na Comunidade Não Complicadas.** 2021. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23054d-DC-Pneumonias\\_Adquiridas\\_Nao\\_Complicadas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23054d-DC-Pneumonias_Adquiridas_Nao_Complicadas.pdf). Acesso em: 10 abr. 2023.
9. PROTOCOLO de Uso Palivizumabe para prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório. **CONITEC**, [S. l.], p. 1-24, 11 set. 2018.
10. GUIA de manejo e tratamento da influenza 2023. **Ministério da Saúde**, [S. l.], p. 1-60, 24 jul. 2023
11. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Who Interim guidance 20 january 2020.
12. UPTODATE. Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment. 2023. Elaborada por William J Barson. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-childrenoutpatienttreatment?search=pneumonia%20adquirida%20na%20comunidade&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-childrenoutpatienttreatment?search=pneumonia%20adquirida%20na%20comunidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 16 mar. 2024
13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Pneumonias Adquiridas na Comunidade Não Complicadas. 2021. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23054d-DCPneumonias\\_Adquiridas\\_Nao\\_Complicadas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23054d-DCPneumonias_Adquiridas_Nao_Complicadas.pdf). Acesso em: 16 mar. 2024.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DIRETRIZES PARA O MANEJO DA INFECÇÃO CAUSADA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR). 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Diretrizes\\_manejo\\_infeccao\\_causada\\_VSR2\\_017.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2_017.pdf). Acesso em: 16 mar. 2024.
15. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Anvisa aprova uso emergencial do medicamento Paxlovid para Covid-19. Brasília, DF: Anvisa, 30 mar. 2022.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS n.º 44, de 5 de maio de 2022. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o nirmatrelvir/ritonavir, com reavaliação em até 12 meses da disponibilização, para o tratamento da Covid-19 [...]. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/05/portaria44.pdf>

17. MANEJO CORONAVÍRUS (COVID-19). **Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo, SP, p. 1-232, 30 jun. 2023.

***JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA***  
Presidente da CIB/PB

***SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA***  
Presidente do COSEMS/PB