



PLANO DE
CONTINGÊNCIA
DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
SAZONAIS
NA INFÂNCIA

VERSÃO 2026

Secretaria
de Saúde



GOVERNO DE
**PER
NAM
BUCA**
ESTADO DE MUDANÇA



**Governadora de Pernambuco
Raquel Teixeira Lyra Lucena**

**Vice-Governadora de Pernambuco
Priscila Krause Branco**

**Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco
Zilda do Rego Cavalcanti**

**Secretário Executivo de Gestão Estratégica e Coordenação Geral
Anderson Bruno de Oliveira**

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde
Adriana Cavalcanti Bezerra**

**Secretaria Executiva de Coordenação Institucional
Waldenia Agny Torres de Lucena**

**Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Bruno Alves Carneiro**

**Secretaria Executiva de Infraestrutura
Victor Palácio de Oliveira**

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro**

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
Renan Carlos Freitas da Silva**

**Secretário Executivo de Administração e Finanças
Andréa Costa de Arruda**



Revisão Final

Ana Carolina Brainer de Siqueira
André Carneiro Barros Coimbra
Ântony Eliel Andrade da Silva
Joelli Cristine de Azevedo
José Lancart de Lima
Paula Rodrigues da Silva

Projeto Gráfico

Carlos de Paula Rocha Costa Filho

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi, Recife-PE, CEP: 50.751-530

www.saude.pe.gov.br

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adriana Cavalcanti Bezerra
Ana Carolina Brainer
André Carneiro Barros Coimbra
Ântony Eliel Andrade da Silva
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro
Bruno Issao Matos Ishigami
Carlos Henrique Tenório Almeida do Nascimento
Chrystiane Kelli de Araújo Barbosa
Cintia Regina de Assis Oliveira
Cleonice Duarte de Santana
Elisson Bezerra de Lima
George Santiago Dimech
Hayana Figueiredo Gonçalves
Iris Edna Pereira da Silva
Ivson Cláudio Alves Galvão
Jéssyk Patrícia da Silva Ferreira
Joana Neves Gusmão
João Carlos Batista Santos
José Lancart de Lima
Lara Livia Agra Amaral.
Larissa Morélia Sá Vieira Macedo
Leandro do Nascimento Lima da Silva
Liliane Silvestre de Mélo Gonçalves
Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix
Maria Claudia Ribeiro Agra
Magda Gomes da Silva Costa
Marcos Eberli Wasiliew
Mariana Alves Lemos
Maria Clara de Oliveira Paes
Maria Aparecida de Santana
Mariana Farias Gomes
Mariana Neide do Carmo Silva
Marla Gizane Neco Botelho
Mayra Dias Carvalho
Milena Ferreira dos Santos Hacker
Nicolle Kerphanny da Silva
Ozanil Cursino Araújo
Paula Rodrigues da Silva
Pedro Hilário Silva Neto
Polyana Lima Olegário
Rafaela Niels da Silva
Rana Carynni Gonçalves Ferreira
Renata Maria Ventura Peixoto Batista
Rodrigo Antunes Lira
Sheila do Nascimento Santana
Thales Correa Rodrigues Amorim Rosa
Thaynan Dias Cosmo da Silva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
1. SAZONALIDADE.....	6
2. CONTEXTO DE RISCO EM PERNAMBUCO.....	7
2.1. Capacidade de Atendimento em UTI Pediátrica extrapolada.....	10
2.2. Contingenciamento de Leitos Pediátrico.....	10
2.3. Componentes Críticos:	10
2.3.1 Recursos humanos	
2.3.2 Logística	
2.3.3 Equipamentos, insumos e medicamentos	
2.4. Baixa Cobertura Vacinal.....	11
3. CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	12
COMPORTAMENTO DA REDE ASSISTENCIAL.....	16
ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO.....	22
ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA.....	25
PLANOS DE ATIVIDADES.....	26
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	32
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	33
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	34
SECRETARIA EXECUTIVA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

APRESENTAÇÃO

Este Plano de Contingência das Doenças Respiratórias na Infância tem a finalidade de estabelecer diretrizes e ações estratégicas para a prevenção, controle e manejo adequado das doenças respiratórias que afetam crianças, especialmente durante os períodos de maior incidência.

No estado de Pernambuco, os dados indicam que a circulação de vírus respiratórios apresenta maior intensidade no período sazonal entre os meses de março e agosto, com maior pressão sobre os serviços de internação em enfermaria e UTI entre abril e junho. Diante do impacto dessas enfermidades na saúde infantil e do potencial de sobrecarga dos serviços de saúde, este plano busca assegurar uma resposta coordenada e efetiva, com foco na redução de complicações graves e da mortalidade em menores de cinco anos.

As doenças respiratórias figuram entre as principais causas de internação e mortalidade infantil, especialmente entre crianças menores de cinco anos, grupo mais suscetível em razão de características anatômicas e fisiológicas próprias dessa fase do desenvolvimento. Nos períodos de sazonalidade dos vírus respiratórios, associados a fatores socioeconômicos e ambientais, configuram momentos críticos, elevando significativamente o risco de adoecimento e agravamento nessa faixa etária. Diante desse cenário, o Plano de Contingência orienta a preparação da rede de saúde para lidar com os agravos decorrentes de doenças respiratórias e aumentar sua capacidade de atendimento, promovendo a integração entre os níveis de atenção à saúde e assegurando a adoção de protocolos assistenciais adequados.

A articulação entre os serviços de saúde, os profissionais e a comunidade são essenciais para a efetividade deste plano. Por meio de medidas preventivas como vacinação, higiene das mãos, etiqueta respiratória e afastamento de crianças de pessoas com sintomas respiratórios —, capacitação contínua dos profissionais, da ampliação do acesso ao diagnóstico e ao oportuno e da adequada disponibilização de leitos pediátricos, este plano busca fortalecer as ações de vigilância e resposta. Essas ações visam reduzir a transmissão de vírus respiratórios, diminuir internações por pneumonia, bronquiolite e outras infecções e prevenir complicações e óbitos em

menores de cinco anos.

INTRODUÇÃO

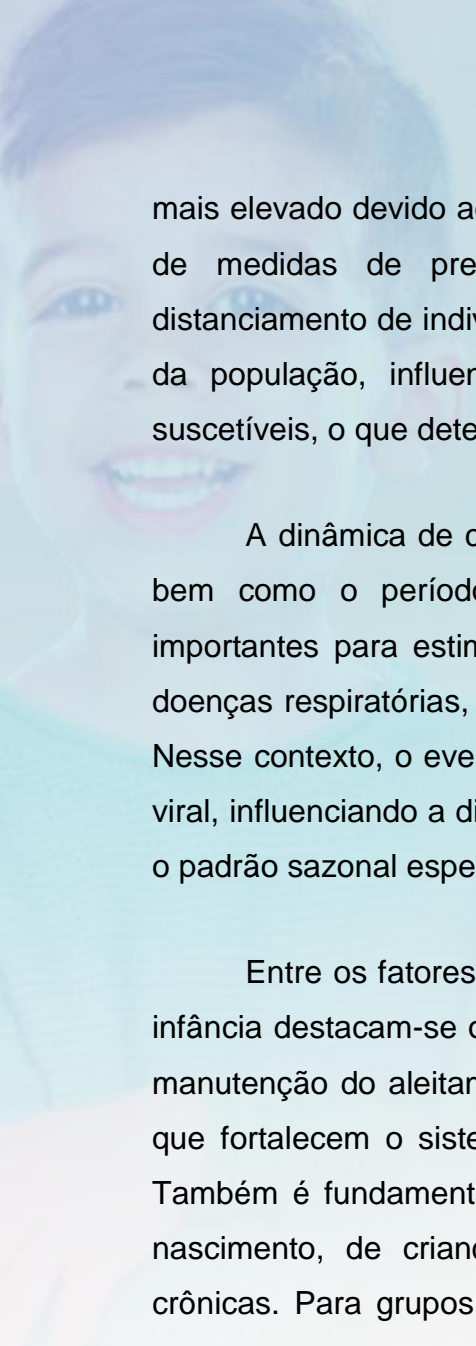
1. SAZONALIDADE:

A sazonalidade dos vírus respiratórios refere-se ao padrão recorrente e previsível de aumento ou diminuição da incidência de infecções virais ao longo do ano, em determinadas regiões. Esse fenômeno está ligado às variações climáticas, como temperatura, umidade e estações do ano, (outono e inverno), que influenciam tanto a transmissão dos vírus quanto a vulnerabilidade das populações.

Globalmente, a sazonalidade dos vírus respiratórios, como influenza, vírus sincicial respiratório (VSR), Covid19 e outros, está fortemente associada às estações climáticas. Em regiões temperadas, como a América do Norte e Europa, os vírus respiratórios tendem a circular com maior intensidade nos meses mais frios, tipicamente entre o final do outono e o início da primavera. As baixas temperaturas e o ar seco favorecem a sobrevivência dos vírus no ambiente e sua transmissão, enquanto a maior permanência das pessoas em ambientes fechados aumenta o risco de contágio. Em regiões tropicais e subtropicais, onde as variações de temperatura são menos acentuadas, a sazonalidade costuma estar mais relacionada aos períodos de chuva e maior umidade. Nesses locais, os vírus respiratórios podem circular ao longo de todo o ano, com aumento da transmissão durante as estações chuvosas.

No Brasil, devido à grande extensão territorial e diversidade climática, os padrões sazonais dos vírus respiratórios variam entre as regiões. No Sul e Sudeste, de clima mais temperado, observa-se maior circulação durante o inverno, entre maio e agosto, semelhante ao padrão observado em regiões temperadas do hemisfério norte. Já no Norte e Nordeste, onde predomina o clima tropical, há maior ocorrência de infecções respiratórias entre janeiro e maio, período em que vírus como influenza e VSR tendem a atingir seus picos de circulação, afetando principalmente grupos mais vulneráveis, como crianças pequenas, idosos e pessoas com comorbidades.

Em áreas de maior densidade populacional, o risco de transmissão tende a ser



mais elevado devido ao contato próximo entre as pessoas, o que reforça a importância de medidas de prevenção, como higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento de indivíduos sintomáticos. Outro fator relevante é o nível de imunidade da população, influenciado pela cobertura vacinal e pelo número de indivíduos suscetíveis, o que determina a vulnerabilidade da comunidade a surtos sazonais.

A dinâmica de circulação e co-circulação de vírus desde o final do ano anterior, bem como o período de realização das festividades de Carnaval, são fatores importantes para estimar o momento de início e a intensidade da sazonalidade das doenças respiratórias, especialmente em locais com grande concentração de pessoas. Nesse contexto, o evento pode atuar como gatilho ou amplificador inicial da circulação viral, influenciando a dinâmica da curva de casos e, em alguns momentos, antecipando o padrão sazonal esperado.

Entre os fatores que contribuem para a prevenção das doenças respiratórias na infância destacam-se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a manutenção do aleitamento materno complementado até dois anos ou mais, medidas que fortalecem o sistema imunológico e reduzem o risco de infecções respiratórias. Também é fundamental a identificação e o acompanhamento, desde o pré-natal e o nascimento, de crianças com fatores de risco, como prematuridade ou doenças crônicas. Para grupos de maior risco, especialmente prematuros extremos, pode ser indicada a profilaxia com anticorpos monoclonais contra o vírus sincicial respiratório (VSR), conforme protocolos vigentes. Além disso, é essencial orientar os cuidadores quanto à importância de procurar atendimento de saúde diante de sinais de agravamento.

2 CONTEXTO DE RISCO EM PERNAMBUCO

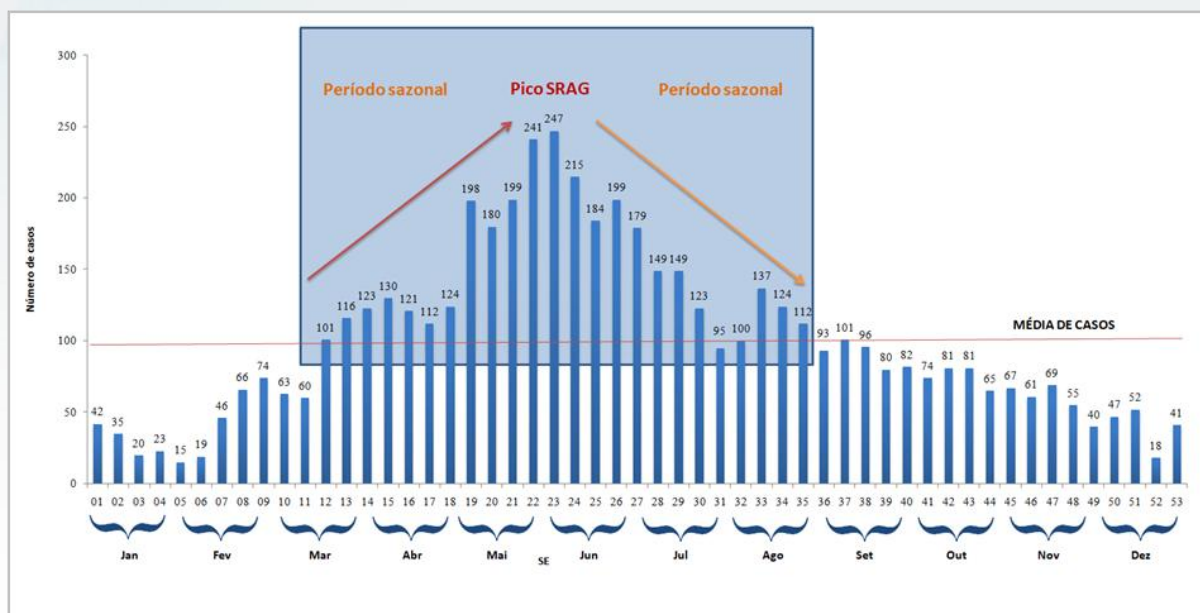
Especificamente em Pernambuco, o período sazonal ocorre entre março e julho, caracterizado pelo aumento da circulação de vírus respiratórios. Esse fenômeno está relacionado a diversos fatores, como condições climáticas, alta umidade e mutações virais, além da maior exposição das crianças a ambientes fechados, como creches e escolas, o que contribui para o aumento da transmissibilidade dos vírus.

Nessa época, os fatores citados podem favorecer a disseminação de vírus respiratórios, como VSR, rinovírus e influenza, aumentando o risco de evolução para

casos graves e internações, especialmente entre populações vulneráveis, como idosos e crianças menores de 5 anos. Além disso, há um risco maior de complicações, levando, em alguns casos, ao óbito. Esse período também acarreta um potencial significativo de sobrecarga na demanda por leitos de UTI e enfermaria devido ao aumento de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

No Gráfico 1, é possível observar que o período sazonal da SRAG começou por volta do início de março e se estendeu até agosto de 2025, com um aumento expressivo no número de internações nesse intervalo. O pico de casos ocorreu entre maio e junho, atingindo seu ponto máximo nas semanas epidemiológicas 22 e 23, quando foram registrados 247 casos graves em uma única semana epidemiológica. Após o pico, houve uma redução constante dos casos, com a curva declinando até dezembro, quando se observou um número significativamente menor de internações, por volta de 39 casos.

Gráfico 1 - Sazonalidade dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em menores de 10 anos, em Pernambuco (2025).



Fonte: Sivep-Gripe. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

A influência das espécies virais circulantes também é um fator que está diretamente relacionada ao perfil etário mais acometido, à gravidade dos casos e à dinâmica da sazonalidade das doenças respiratórias. Diferentes vírus apresentam

padrões distintos de transmissão, suscetibilidade e impacto clínico nas diversas faixas etárias.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente associado a infecções respiratórias em crianças pequenas, especialmente menores de 2 anos. Está frequentemente relacionado a bronquiolite e pneumonia. Pode causar quadros graves em lactentes, principalmente prematuros ou com doenças crônicas. É uma das principais causas de internação pediátrica por doença respiratória. As faixas etárias mais acometidas são lactentes (<1 ano) e crianças menores de 2 anos.

A influenza pode afetar todas as faixas etárias, mas apresenta maior risco de complicações em crianças pequenas, idosos e pessoas com comorbidades. Está associada a síndromes gripais e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

Em períodos de circulação intensa pode provocar aumento de hospitalizações e mortalidade. Faixas etárias mais acometidas são crianças menores de 5 anos, idosos e pessoas com doenças crônicas

A COVID-19, não está muito dentro do escopo pediátrico pois, em crianças, geralmente causa quadros leves ou moderados, embora possam ocorrer complicações.

Apresenta ampla distribuição etária, mas a gravidade tende a ser maior em idosos e pessoas com fatores de risco. Destaca-se que a circulação do vírus COVID-19 pode alterar a dinâmica de outros vírus respiratórios (ex. influenza) devido à interferência viral e mudanças no comportamento populacional destes agentes infecciosos. Faixas etárias mais acometidas: Todas as idades. Maior gravidade em idosos e pessoas com comorbidades.

O Rinovírus é um dos vírus respiratórios mais frequentemente detectados, associado principalmente a resfriados comuns. Circula durante todo o ano e pode ser responsável por exacerbações de asma e bronquite. Em crianças pequenas pode causar infecções do trato respiratório inferior, embora geralmente com menor gravidade que o VSR. As faixas etárias mais acometidas são crianças em idade pré-escolar e escolar e adultos jovens.

O impacto da co-circulação viral (circulação simultânea de diferentes vírus respiratórios) pode alterar o padrão sazonal esperado, antecipando ou prolongando períodos de maior transmissão; aumentar a pressão sobre os serviços de saúde, especialmente pediátricos; produzir picos epidêmicos distintos, dependendo do vírus predominante e influenciar o perfil de gravidade e hospitalizações em diferentes

grupos etários.

Alguns pontos que devem ser considerados a respeito da sazonalidade:

2.1. Capacidade de Atendimento em UTI Pediátrica extrapolada:

A sazonalidade dos vírus respiratórios coloca em risco a capacidade de atendimento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátricas, que podem ser sobrecarregadas em níveis loco-regionais e estaduais. Durante os meses de maior circulação viral, observa-se um aumento expressivo da demanda por leitos de UTI pediátricos, com um número crescente de crianças apresentando complicações graves, como bronquiolite e pneumonia. Em determinadas situações, a disponibilidade desses leitos torna-se insuficiente para a demanda, o que pode resultar em atendimento inadequado e em maiores riscos de desfechos negativos.

2.2. Contingenciamento de Leitos Pediátrico

A limitação da rede de saúde, especialmente no que diz respeito a leitos hospitalares pediátricos, representa um dos principais desafios durante os períodos de maior circulação de vírus respiratórios. Com o aumento dos casos graves, a capacidade de atendimento é comprometida, exigindo medidas como o contingenciamento e o deslocamento de pacientes para outras regiões ou unidades hospitalares. Esse cenário é particularmente delicado para crianças menores de 2 anos, cujo sistema imunológico ainda está em desenvolvimento e que possuem menor capacidade pulmonar, tornando-as mais vulneráveis a complicações respiratórias graves.

2.3. Componentes Críticos:

Diversos componentes críticos são afetados ou colocados em situação de risco durante esses períodos sazonais:

2.3.1 Recursos humanos: A sobrecarga dos profissionais de saúde, especialmente nas UTIs pediátricas, é significativa. Equipes médicas e de enfermagem enfrentam longas jornadas de trabalho e aumento na demanda por

cuidados intensivos. Além disso, temos uma baixa disponibilidade de profissionais especialistas em cuidados intensivos em pediatria e/ou neonatologia, limitando a abertura de leitos.

2.3.2 Logística: A gestão de insumos e equipamentos hospitalares também se torna um desafio, com necessidade de adequar rapidamente o fornecimento de ventiladores mecânicos, oxigênio, medicamentos e outros insumos essenciais para o cuidado intensivo.

2.3.3 Equipamentos, insumos e medicamentos: A quantidade limitada de equipamentos adequados como ventiladores, insumos médicos, medicamentos antivirais e antibióticos, aumenta o risco de mortalidade infantil. Durante picos de demanda, as ações de distribuição eficientes desses recursos é fundamental para evitar a desassistência.

2.4. Baixa Cobertura Vacinal Um fator que agrava ainda mais essa situação é a diminuição da cobertura vacinal nos últimos anos, tanto para a influenza quanto para a Covid-19. Pernambuco, assim como outras regiões do Brasil, tem enfrentado dificuldades em alcançar coberturas vacinais adequadas, especialmente entre as crianças menores de 2 anos, que são as mais vulneráveis devido ao sistema imunológico imaturo e menor capacidade pulmonar.

Tabela 1 – Cobertura Vacinal de Influenza, Pernambuco no período de 2018 a 2024

Imunobiológico	Cobertura Vacinal de Influenza						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Influenza	99,40%	100,10%	103,20%	80,00%	68,80%	79,10%	52,20%

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e Sipi Web

Nota: * Competência 2024 aberta; dados extraídos em 28.01.2025 e sujeitos a alterações.

A cobertura vacinal contra a influenza sofreu uma queda nos últimos anos em decorrência da pandemia, principalmente devido à menor adesão da população às vacinas. Além disso, outros fatores estão associados à baixa cobertura vacinal, como dificuldades nos sistemas de informações de doses aplicadas. A transição do registro consolidado para o registro nominal nos sistemas de informação do PNI

implementada em 2024, impactou a contabilização da cobertura vacinal. Como também a ampliação da campanha de vacinação para o público em geral, os

quais não fazem parte do alvo da campanha (Crianças menores de seis anos de idade, gestantes e idosos).

Tabela 3 – Cobertura Vacinal contra Covid-19, em porcentagem, por dose no período de 2021 a 2025 em Pernambuco

Imunobiológico	Cobertura Vacinal Contra Covid-19		
	2 doses	3 doses	4 doses
Covid-19*	87,4%	55,8%	17,2%

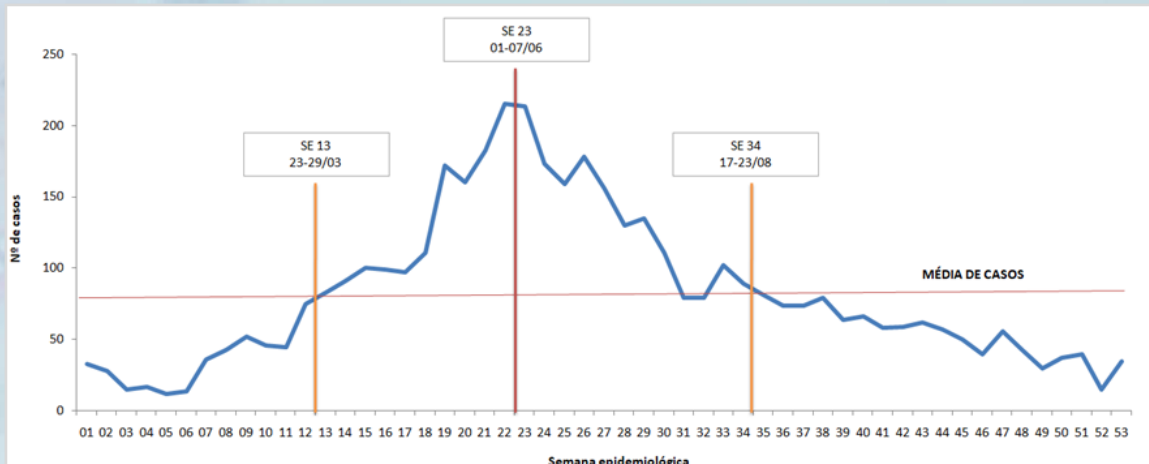
Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e Sipi Web
Dados acumulados de janeiro/2021 a janeiro/2025, extraídos em 28.01.2025 e sujeitos a alterações.

Inicialmente, a vacinação contra a Covid-19 foi direcionada a grupos prioritários. Com a ampliação da cobertura vacinal, a estratégia evoluiu de uma campanha emergencial para uma abordagem programática. No final de 2024, a vacina contra a Covid-19 foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação como imunobiológico de rotina para gestantes, idosos com 60 anos ou mais e crianças de 6 meses a menores de 5 anos, mantendo-se também indicada para grupos com condições específicas de risco. A atualização dos dados de cobertura vacinal ainda está em processamento pelo Ministério da Saúde. Aspectos como a hesitação vacinal e a qualidade dos registros nos sistemas de informação do PNI constituem variáveis determinantes para a precisão e a abrangência dos indicadores de cobertura.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

PARTE I – Cenário de morbidade (2025):

Gráfico 2 - Distribuição dos casos SRAG em menores de 04 anos por semana epidemiológica, Pernambuco, 2025

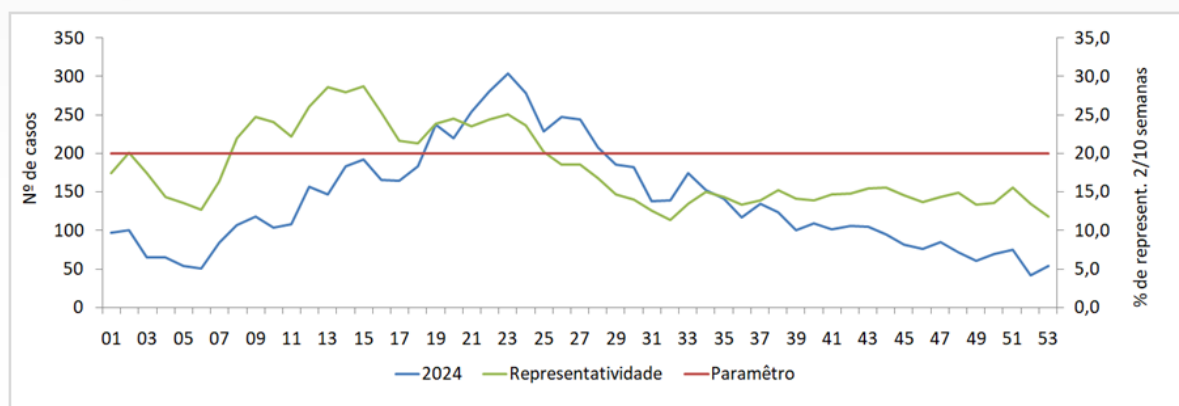


Fonte: Sivep-Gripe. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

O gráfico acima apresenta a distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em menores de 04 anos em Pernambuco por semanas epidemiológicas, com dados referentes ao ano de 2025. A análise do período permite uma visão detalhada das tendências e variações na ocorrência desses casos durante o período da sazonalidade no estado.

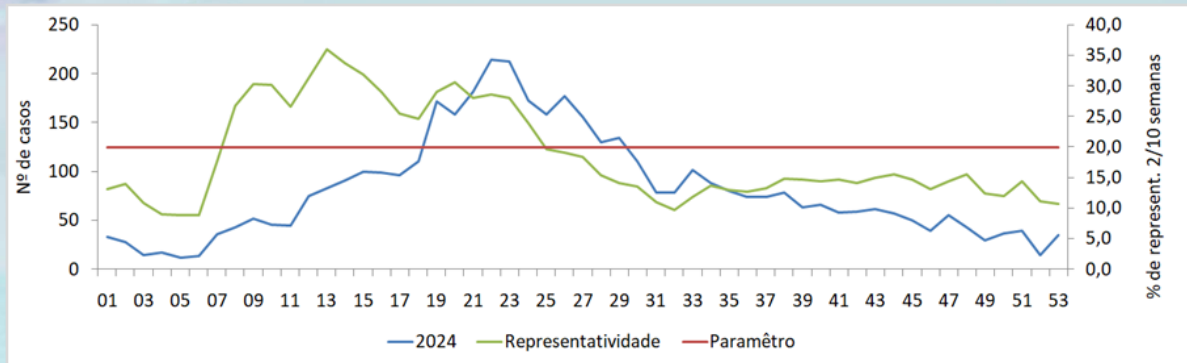
Observa-se que, ao longo de 2025, os casos de SRAG apresentam um pico significativo durante o período de maior circulação viral, geralmente no primeiro semestre do ano (gráfico 3). No entanto, é possível notar uma leve diferença do início do crescimento dos casos em comparação com anos anteriores. Fator que pode ser atribuído a um início mais tardio do carnaval.

Gráfico 3- Distribuição semanal dos casos de SRAG e da representatividade do número casos SRAG notificados nas duas últimas semanas em comparação com as 10 últimas semanas anteriores, Pernambuco 2025



Fonte: Sivep-Gripe. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

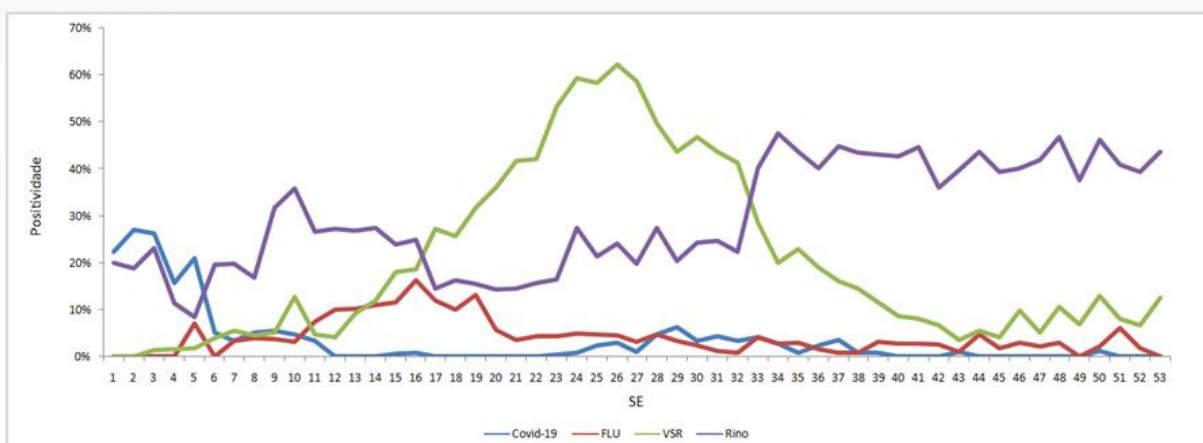
Gráfico 4- Distribuição semanal dos casos de SRAG e da representatividade do número casos SRAG, em menores de 4 anos, notificados nas duas últimas semanas em comparação com as 10 últimas semanas anteriores, Pernambuco 2025



Fonte: Sivep-Gripe. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

Os casos de SRAG em menores de 04 anos, especialmente, os menores de 2 anos, permanece uma preocupação constante no território. Observa-se que o pico dos casos ocorreu na semana epidemiológica 23, e seu decréscimo ocorreu pela semana 34 (gráfico 4). A vigilância contínua e a adaptação das estratégias de prevenção e tratamento são essenciais para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas a essas doenças respiratórias, principalmente em um grupo etário vulnerável como o das crianças pequenas entre 0 a 4 anos.

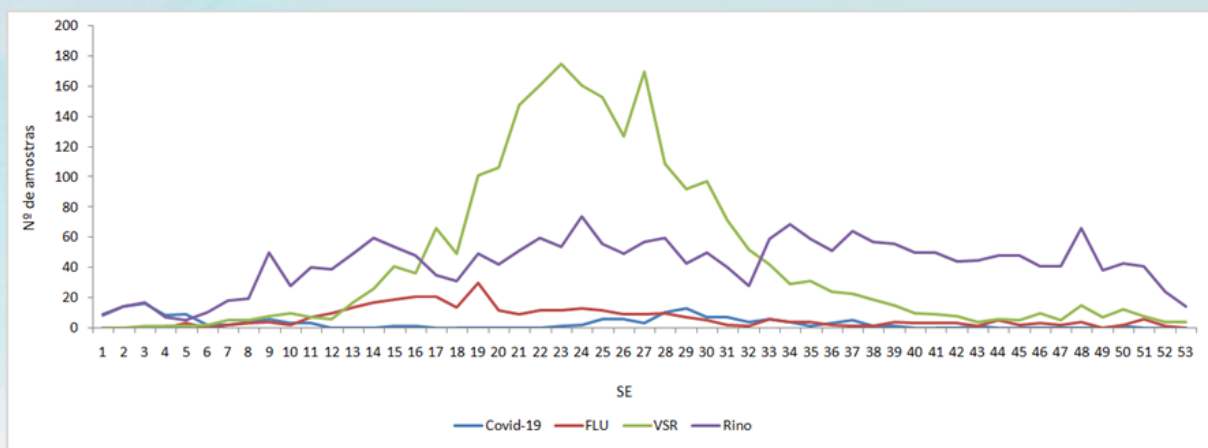
Gráfico 5 - Proporção de positividade das amostras de RT-PCR, em menores de 2 anos, analisadas no Lacen-PE, segundo agente etiológico e semana epidemiológica (SE). Pernambuco, 2025



Fonte: GAL-PE. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

Em 2025, houve uma importante circulação do vírus da influenza A, VSR e rinovírus no estado. Uma positividade acima de 20% representa um alerta para o agente etiológico. Em menores de 2 anos, o VSR alcançou cerca de 60% de positividade na semana epidemiológica 26, em paralelo, o rinovírus manteve uma alta positividade durante todo o ano (Gráfico 5).

Gráfico 6 - Número de amostras positivas de RT-PCR, em menores de 2 anos, analisadas no Lacen-PE, segundo agente etiológico e semana epidemiológica (SE). Pernambuco, 2025



Fonte: GAL-PE. Dos exportados em 19.01.2026, sujeitos à atualização.

Cerca de 70% das notificações de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) correspondem a indivíduos de 0 - 9 anos. Crianças menores de 2 anos constituem o principal grupo acometido, apresentando uma maior letalidade entre esses casos (Tabela 1).

Tabela 1- Número de casos, óbitos e taxa de letalidade de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), segundo faixa etária e ano. Pernambuco, 2023-2025

Faixa etária	2023			2024			2025		
	casos	óbito	% letalidade	casos	óbito	% letalidade	casos	óbito	% letalidade
< 1 ano	2.108	60	2,8%	2.770	27	1,0%	2.804	43	1,5%
1-2 anos	1.087	15	1,4%	1.212	6	0,5%	1.245	8	0,6%
3-9 anos	1.327	10	0,8%	1.312	8	0,6%	1.274	9	0,7%
10-14 anos	207	6	2,9%	238	4	1,7%	276	2	0,7%
15-19 anos	50	1	2,0%	33	1	3,0%	55	3	5,5%
20-29 anos	139	8	5,8%	93	3	3,2%	102	2	2,0%
30-39 anos	196	32	16,3%	110	1	0,9%	142	8	5,6%
40-49 anos	300	50	16,7%	136	12	8,8%	151	17	11,3%
50-59 anos	505	72	14,3%	230	19	8,3%	226	20	8,8%
60+ anos	3.006	571	19,0%	1.325	132	10,0%	1.102	138	12,5%
Total	8.925	825	9,2%	7.459	213	2,9%	7.377	250	3,4%

Fonte: Sivep-Gripe. Dados exportados em: 19.01.2026. Sujeitos à atualização.

Segundo a classificação final dos casos e óbitos em crianças de 0-9 anos notificados no Sivep-Gripe. Das amostras com agente etiológico identificado, a classificação SRAG por OVR (outros vírus respiratórios) é a de maior destaque para a faixa etária infantil. Dentre os agentes incluídos nessa classificação final, destaca-se o vírus sincicial respiratório (VSR) como o principal agente causador identificado nas amostras analisadas (tabela 2).

Tabela 2 - Número de casos, óbitos e taxa de letalidade de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em crianças de 0 - 9 anos, segundo classificação final e ano. Pernambuco, 2023-2025

Classificação final	2023			2024			2025		
	casos	óbito	% letalidade	casos	óbito	% letalidade	casos	óbito	% letalidade
SRAG por Covid	273	13	4,8%	100	2	2,0%	85	4	4,7%
SRAG por Influenza	84	6	7,1%	75	3	4,0%	174	3	1,7%
SRAG por OVR*	679	29	4,3%	1.260	19	1,5%	1.902	31	1,6%
SRAG por outro agente etiológico	18	0	0,0%	46	1	2,2%	80	1	1,3%
SARG não especificado	2.626	31	1,2%	2.137	13	0,6%	1.711	21	1,2%
Sem classificação final	842	6	0,7%	1.676	3	0,2%	1.371	0	0,0%
Total	4.522	85	1,9%	5.294	41	0,8%	5.323	60	1,1%

Fonte: Sivep-Gripe. Dados exportados em: 19.01.2026. Sujeitos à atualização.

A análise dos dados reforça a necessidade de monitoramento epidemiológico regular e ações rápidas e coordenadas para minimizar os impactos das síndromes respiratórias graves, especialmente em contextos sazonais, como os observados nas primeiras semanas do ano.

Comportamento da Rede de Regulação Assistencial

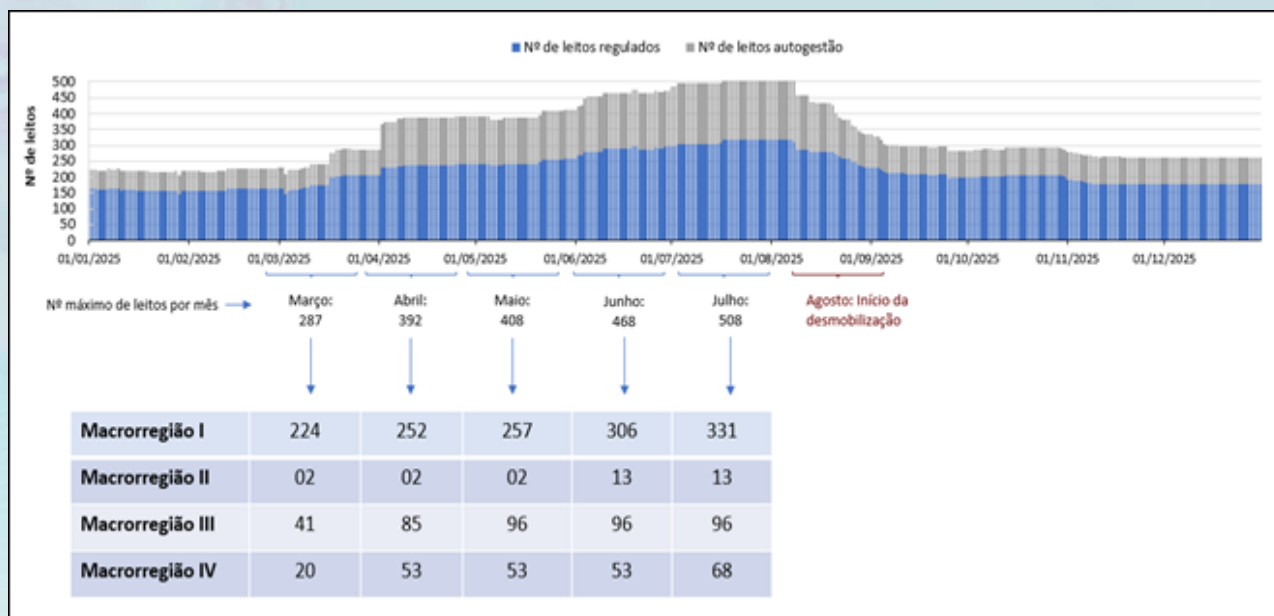
A regulação hospitalar em Pernambuco desempenha um papel fundamental na organização e otimização dos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à alocação de leitos hospitalares. No contexto da gestão hospitalar de unidades na saúde pública, existem dois tipos principais de leitos: os leitos de autogestão, que são administrados diretamente pelos hospitais e podem ser utilizados conforme a demanda interna e as diretrizes específicas da instituição; e os leitos regulados, que são geridos por um fluxo regulatório pelo estado, responsável por direcionar pacientes para os hospitais de acordo com critérios estabelecidos, como necessidade clínica e disponibilidade. Essa regulação visa garantir um fluxo adequado de atendimento, minimizando filas de espera e otimizando o uso dos recursos disponíveis.

Durante o período sazonal dos vírus respiratórios em Pernambuco, o estado enfrenta aumento da pressão sobre a rede assistencial pediátrica. Para o enfrentamento desse agravamento, em 2025 foram ampliados cerca de 305 leitos hospitalares pediátricos destinados exclusivamente ao atendimento de crianças com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), somando reforços aos 230 leitos existentes no período pré-sazonal do mesmo ano. Desses leitos previamente disponíveis, 138 eram de UTI infantil e 92 de enfermaria pediátrica. A ampliação consistiu em acréscimo de 203 enfermarias pediátricas, 04 enfermarias neonatais, 86 UTI infantil e 12 UTI Neonatais, para especialidade SRAG.

Ao longo do período sazonal, houve necessidade de ajustes no quadro de leitos do estado em favor de outros fluxos assistenciais pediátricos, sendo necessário reduzir 27 leitos pediátricos de SRAG. Assim, em 2025, o número máximo de leitos pediátricos hospitalares para SRAG foi de 508, sendo 309 regulados e 199 de autogestão (Figura 1). Deste total, 12 foram de UTI neonatal, 217 de UTI infantil, 275 de enfermaria pediátrica e 04 de enfermaria neonatal.

A ampliação e a distribuição dos leitos no território estadual foram realizadas gradualmente conforme a necessidade assistencial e a incidência de casos. A alocação por macrorregião de saúde pode ser observada na Figura 1. Ao fim do decreto de emergência e do período sazonal, iniciou-se o processo de desmobilização dos leitos, em meados de agosto.

Figura 1. Esquema com gráfico e tabela demonstrando a evolução do quantitativo de leitos pediátricos SRAG registrados no sistema regulador, segundo o tipo de gestão (regulados e autogestão) e macrorregião de saúde. Pernambuco, 2025.



Fonte: Sistema regulador MV – GRH/DGFA/SERS/SES-PE

Em comparação com os anos anteriores, o número máximo de leitos alcançado em 2025 (508 leitos) representou um aumento de aproximadamente 14,2% em relação ao número máximo disponíveis em 2024 (445 leitos) e de 66,6% em relação a 2023 (305 leitos), evidenciando a ampliação da capacidade de leitos hospitalares pediátricos para SRAG.

Para o monitoramento da taxa de ocupação desses leitos, foram considerados os de regime regulado, em razão da maior celeridade de atualização da ocupação via sistema regulador. Em 2025, observou-se aumento progressivo da média da taxa de ocupação a partir da Semana Epidemiológica (SE) 9-10, com a consolidação do crescimento na SE 15. O período de maior pressão sobre a rede ocorreu entre as SE 21 e 30, quando as taxas de UTI infantil permaneceram próximas ou superiores a 90%, atingindo pico de 99% (SE 26) (tabela 1).

Na comparação temporal, verifica-se que 2024 apresentou antecipação do aumento da ocupação, porém os níveis críticos ($\geq 90\%$) foram atingidos de forma consistente apenas a partir da SE 18, quando a UTI infantil passou a permanecer em patamar de ocupação elevada. Em 2023, o comportamento mostrou-se mais semelhante ao observado em 2024, com padrão sazonal próximo e manutenção

prolongada de ocupações críticas. Neste ano, os valores $\geq 90\%$ foram registrados de forma mais precoce, já entre as SE 12 e 14 (Tabela 1).

De forma geral, 2025 manteve níveis de pico comparáveis aos anos anteriores, porém com leve deslocamento temporal do início da pressão assistencial, que ocorreu mais tardiamente que em 2023 e de forma um pouco posterior ao observado em 2024. Isso indica manutenção do padrão sazonal, com variação no momento de aceleração das interações.

Tabela 1. Taxa de ocupação por tipo de leito pediátricos para SRAG, por semana epidemiológica. Pernambuco, 2023 – 2025.

SE	2023			2024			2025		
	UTI INFANTIL	UTI NEO	ENF PED	UTI INFANTIL	UTI NEO	ENF PED	UTI INFANTIL	UTI NEO	ENF PED
1	76%	82%	62%	66%	67%	50%	68%	-	51%
2	82%	97%	62%	58%	71%	53%	68%	-	59%
3	72%	86%	66%	53%	79%	43%	62%	-	66%
4	66%	100%	53%	56%	94%	39%	48%	-	62%
5	75%	97%	45%	49%	100%	33%	49%	-	45%
6	73%	97%	44%	47%	90%	35%	49%	-	51%
7	81%	89%	51%	50%	89%	42%	53%	-	39%
8	89%	100%	49%	55%	68%	39%	71%	-	60%
9	80%	100%	57%	71%	89%	43%	85%	-	78%
10	81%	97%	51%	81%	81%	77%	87%	-	81%
11	89%	100%	55%	78%	62%	71%	83%	-	75%
12	92%	89%	63%	87%	78%	81%	77%	0%	66%
13	95%	100%	83%	90%	95%	80%	82%	0%	78%
14	95%	94%	83%	87%	80%	88%	82%	20%	74%
15	95%	97%	86%	87%	87%	94%	80%	26%	79%
16	99%	100%	85%	87%	98%	94%	86%	50%	83%
17	98%	100%	80%	87%	97%	94%	88%	40%	85%
18	98%	100%	81%	92%	98%	97%	88%	33%	86%
19	93%	100%	85%	94%	99%	96%	89%	46%	87%
20	94%	94%	91%	95%	100%	97%	92%	85%	87%
21	96%	100%	88%	96%	99%	93%	97%	100%	89%
22	98%	100%	90%	97%	98%	96%	97%	98%	85%
23	98%	100%	92%	98%	96%	96%	98%	98%	87%
24	98%	100%	96%	95%	97%	96%	98%	95%	93%
25	97%	100%	97%	95%	99%	96%	98%	98%	86%
26	97%	97%	96%	91%	99%	95%	99%	100%	97%
27	95%	96%	100%	93%	98%	95%	98%	100%	98%
28	91%	98%	93%	88%	95%	78%	98%	100%	93%
29	89%	100%	90%	83%	80%	65%	97%	100%	92%
30	89%	99%	89%	81%	57%	66%	96%	100%	84%
31	81%	70%	66%	84%	56%	57%	93%	98%	65%
32	85%	64%	73%	84%	67%	66%	88%	95%	55%

33	89%	82%	90%	86%	74%	78%	89%	94%	66%
34	90%	66%	87%	86%	92%	80%	92%	92%	80%
35	91%	56%	87%	89%	97%	91%	92%	95%	84%
36	93%	63%	91%	87%	100%	95%	91%	100%	78%
37	90%	24%	75%	87%	100%	95%	91%	100%	77%
38	93%	19%	79%	90%	14%	91%	89%	100%	75%
39	96%	21%	91%	86%	0%	97%	89%	100%	64%
40	92%	30%	91%	88%	0%	97%	86%	100%	60%
41	94%	51%	95%	86%	0%	96%	89%	97%	67%
42	94%	59%	95%	84%	0%	96%	90%	100%	70%
43	93%	67%	88%	86%	0%	97%	83%	100%	67%
44	91%	90%	73%	85%	0%	98%	85%	100%	69%
45	91%	89%	76%	80%	-	92%	88%	100%	70%
46	87%	70%	69%	85%	-	96%	88%	100%	73%
47	88%	67%	81%	82%	-	92%	83%	100%	74%
48	83%	68%	73%	82%	-	91%	85%	100%	73%
49	84%	60%	63%	81%	-	93%	85%	100%	71%
50	82%	73%	78%	83%	-	88%	84%	100%	73%
51	78%	75%	68%	77%	-	91%	78%	100%	59%
52	67%	94%	59%	82%	-	70%	69%	97%	44%
53	-	-	-	-	-	-	70%	100%	38%

Fonte: Sistema regulador MV – GRH/DGFA/SERS/SES-PE

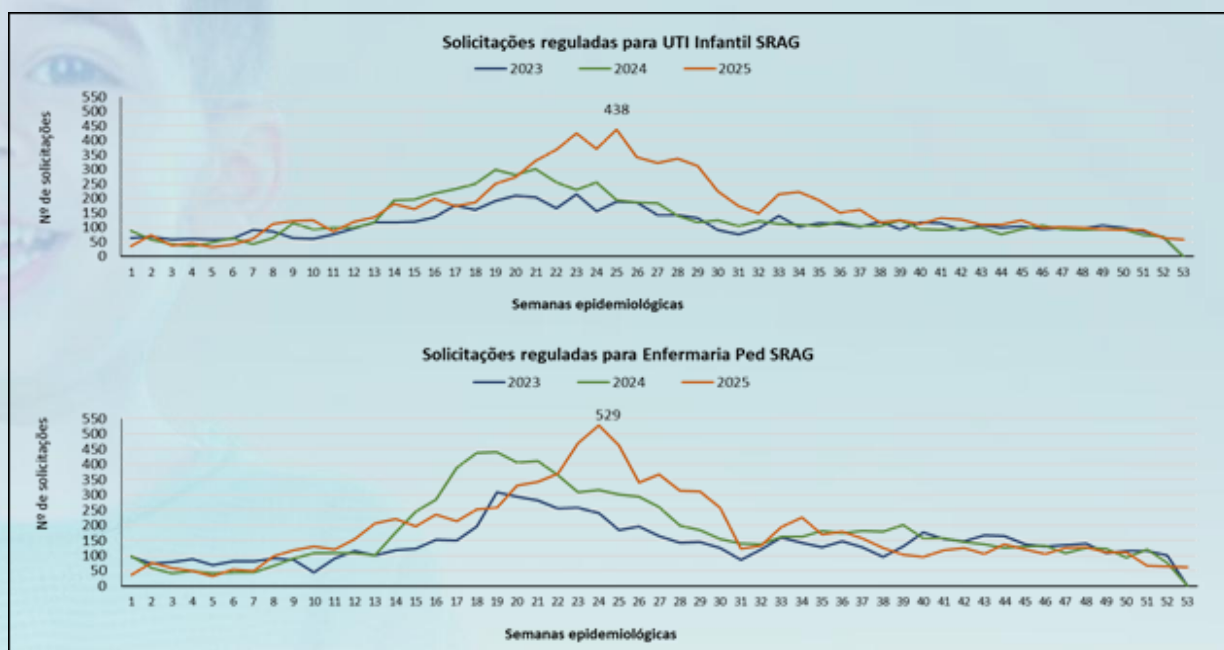
Em 2025, o aumento das solicitações reguladas para leitos pediátricos SRAG teve início efetivo em março, por volta da SE12, quando se observou aceleração consistente da curva. A partir da figura 2, observa-se que os picos ocorreram em julho, com maior concentração entre as SE 24 para enfermaria, e 25 para UTI, configurando o período de maior pressão assistencial. A partir da SE 29, ainda em julho, iniciou-se redução progressiva das demandas, com encerramento do período sazonal ao final de agosto (SE 35).

Comparando com os anos anteriores, em 2024, o aumento das solicitações ocorreu mais precocemente, com inflexão da curva já na SE 10 e pico mais distribuído entre as SE 18 e 21. Observa-se ainda uma descida mais gradual após o pico, indicando manutenção da pressão assistencial por período mais prolongado. Em 2023, o comportamento foi semelhante, com elevação antecipada, porém com menor intensidade máxima quando comparado a 2024 e 2025.

De forma geral, 2023 e 2024 apresentaram padrão temporal mais precoce e prolongado, enquanto 2025 mostrou pico mais tardio, mais intenso e mais concentrado, sugerindo compressão da demanda em um intervalo mais curto.

Figura 2. Número de solicitações reguladas para UTI e enfermaria pediátrica SRAG,

por semana epidemiológica. Pernambuco, 2023-2025.



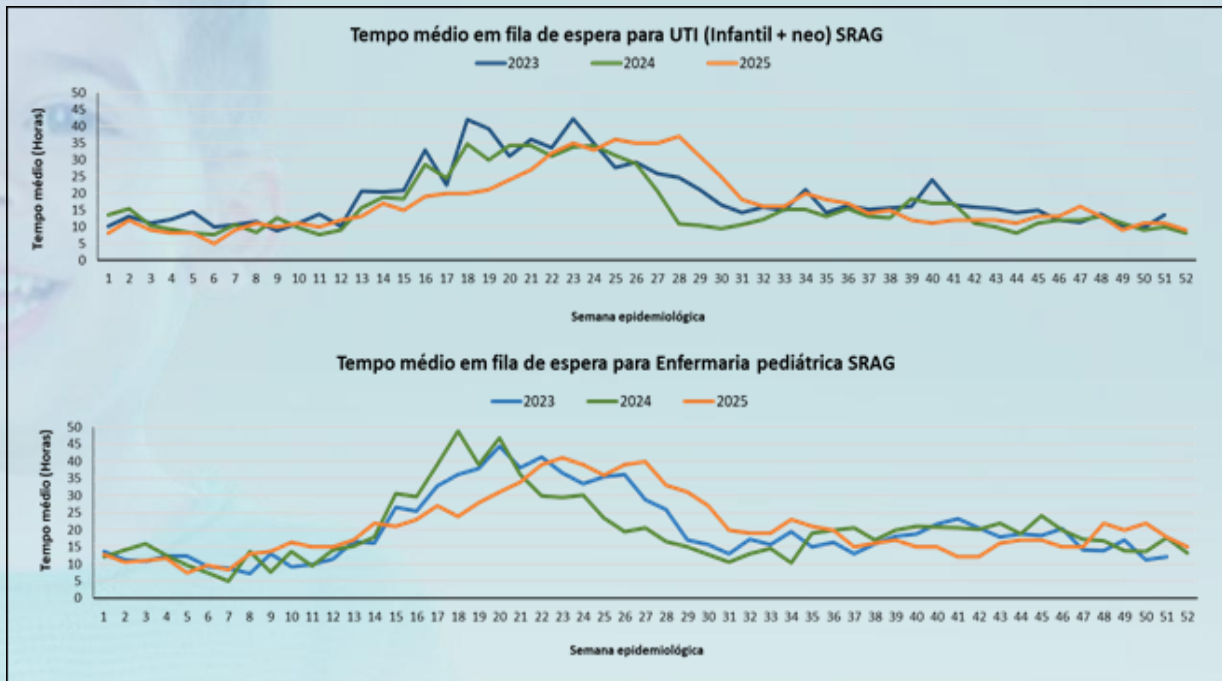
Fonte: Sistema regulador MV – GRH/DGFA/SERS/SES-PE

O aumento das solicitações por internação, associado às elevadas taxas de ocupação dos leitos pediátricos, tende a ampliar o tempo de permanência em fila para acesso hospitalar, refletindo maior pressão sobre a capacidade instalada da rede. Nesse contexto, o monitoramento do tempo médio em fila é um indicador relevante da oportunidade de acesso.

Em 2025, no início do ano, o tempo médio de espera até o acesso ao leito pediátrico SRAG era de aproximadamente 8 horas para UTI e 13 horas para enfermaria. Com a intensificação do período sazonal, observou-se elevação progressiva desse indicador. Para acesso à UTI neonatal e infantil SRAG, o pico do tempo médio em fila situou-se em torno de 36–37 horas nas semanas de maior demanda. Já para as enfermarias pediátricas, o tempo máximo manteve-se próximo de 40 horas (Figura 3).

De forma comparativa, 2025 apresentou desempenho melhor que 2024, quando os tempos médios atingiram patamares mais elevados para acesso a enfermaria. Em relação a 2023, o comportamento mostrou maior variabilidade ao longo das semanas (Figura 3).

Figura 3. Tempo médio em fila de espera até a internação nos leitos pediátricos SRAG, por semana epidemiológica. Pernambuco, 2023-2025



Fonte: Sistema regulador MV – GRH/DGFA/SERS/SES-PE

A análise conjunta dos indicadores apresentados neste capítulo indica o nível de pressão que a rede assistencial enfrentou ao longo do período avaliado. Os níveis de resposta assistencial expressam a intensidade desta pressão e orientam o grau de mobilização necessário para garantir o acesso oportuno aos leitos pediátricos por SRAG: O Nível 0 (situação controlada) indica funcionamento dentro da normalidade, sem necessidade de medidas adicionais; o Nível 1 (situação de atenção) sinaliza aumento inicial da demanda e requer monitoramento mais próximo; o Nível 2 (situação de alerta) reflete pressão relevante sobre a capacidade instalada, demandando ações de ampliação e ajuste da oferta; e o Nível 3 (situação crítica) corresponde a cenário de alta sobrecarga assistencial, com necessidade de resposta intensificada da rede.

Os indicadores foram monitorados diariamente e foi observado que em 2025, cerca de 27% do ano a situação do agravo esteve no Nível 0, 51% no Nível 1, 10% no Nível 2 e 12% no Nível 3. Os níveis 2 e 3 concentraram-se predominantemente entre maio e julho de 2025.

Orientação para Notificação de Casos;

Devem ser notificados, todos os casos que atendam a definição de SRAG (de

qualquer etiologia) e de óbito por SRAG, independentemente de hospitalização. **A notificação deve ser realizada de imediato (em até 24h) no portal Cievs-PE** (<https://portalcievs.saude.pe.gov.br/>), devendo ser anexada a —Ficha de registro individual - casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizada, preenchida adequadamente com os dados de cada caso. Essa ficha encontra-se disponível no site (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0>).

Posteriormente, essas informações devem encaminhadas e ser inseridas, o mais oportunamente possível, no Sivep-Gripe <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/> pela vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município do serviço de atendimento. O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**.

Definição de caso de Síndrome respiratória aguda grave (SRAG), definição utilizada na vigilância da influenza e da covid-19:

- Indivíduo com Síndrome Gripal¹ (ao menos dois sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos) e que apresenta dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ ≤94% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observação¹: na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes. Nas crianças, além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico e nos idosos, deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

OBJETIVO GERAL

Estabelecer ações para resposta oportuna ao risco de sobrecarga nos serviços de internação pediátrica, por doenças respiratórias, visando prevenir e reduzir a morbimortalidade infantil no estado de Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Fortalecer a capacidade de resposta dos serviços de saúde pediátricos mediante o planejamento de recursos e a adequação de leitos de internação, incluindo a ampliação temporária em períodos de alta demanda.
- II. Fomentar a mobilização social num contexto de prevenção e comunicação em saúde, antes e durante o período sazonal.
- III. Definir responsabilidades e prioridades da rede estadual de saúde de acordo com os serviços de forma regionalizada

ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

Nível de Resposta O (Zero) - Monitoramento de eventos: quando os recursos necessários (leitos de UTI) para responder a demanda são suficientes e este evento está fora do período sazonal (Setembro-Fevereiro), a atividade da esfera estadual restringe-se ao acompanhamento das taxas de solicitação / ocupação. Esse é o momento de redução das vulnerabilidades (risco aglomerações / imunização)

Nível de Resposta I - Alerta e preparação — Ameaça identificada pela ocorrência de eventos de interesse em saúde pública que podem vir a tornar-se uma emergência em saúde pública. Os vírus respiratórios estão no período de sazonalidade (março a agosto). A demanda por leitos está dentro do padrão esperado. Esse é o momento de fortalecimento das capacidades de atenção (RH, insumos, etc) e de redução das vulnerabilidade (risco aglomerações / imunização).

Nível de Resposta II - Quando se identifica certo nível de sobrecarga na rede de atenção a um evento, acidente/incidente caracterizado como emergência em saúde pública. O nível de resposta será modulado de acordo com a caracterização do risco. Aumento nas filas de espera e na possibilidade de eventuais óbitos nesta, mas sem impactos sistêmicos.

Nível de Resposta III - Emergência com risco estabelecido porque foi extrapolada a capacidade de resposta estadual: impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. Situação de excepcional gravidade com interesse da população, órgãos de controle e imprensa. Pode culminar na Declaração de Emergência e exigir ativação de equipes/forças tarefas, de um COE e de outras estruturas contingenciais de governança ou resposta.

PLANOS DE ATIVIDADES

GOVERNANÇA

QUADRO 1 - Ações da Governança por nível de ativação.

AÇÕES DE GOVERNANÇA	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Publicar decreto referente ao período de sazonalidade (pagamento de plantão extra).				
Publicar decreto de emergência.				
Realizar campanhas publicitárias educativas para conscientização de toda sociedade sobre a importância das medidas preventivas para reduzir o risco de Síndrome Respiratória Aguda Grave.				
Coordenar as áreas de comunicação e imprensa.				
Intensificar campanhas publicitárias alertando para o perigo da BVA (bronquiolite viral aguda) em lactentes menores de 1 ano, especialmente os recém-nascidos;				
Apoiar campanhas para reforçar a vacinação de gestantes contra o Vírus Sincicial Respiratório e ampliar a estratégia com nirsevimabe para crianças elegíveis, reduzindo casos graves e internações.				
Planejar alocação de recursos.				
Fortalecer as equipes e logística de suprimentos.				
Ativar o Centro de Operações de Emergência (COE).				

Criar da Sala de Situação para Monitoramento do cenário das ações.				
Mobilizar forças-tarefa para resposta rápida.				
Realizar licitação para garantia de insumos (medicamento e MMH) para as unidades de referências.				
Monitorar junto a SEAS e a SERS, a demanda e oferta de leitos pediátricos.				
Promover articulação de ações intersetoriais para a adoção de medidas necessárias no combate às doenças respiratórias virais				
Monitorar os leitos SRAG.				
Realizar reuniões semanais SEAS e SERS sobre o acompanhamento de aberturas de leitos.				

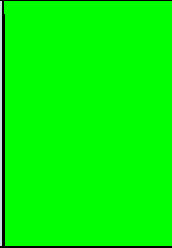
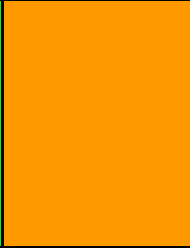

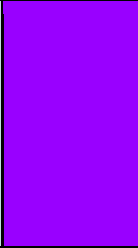
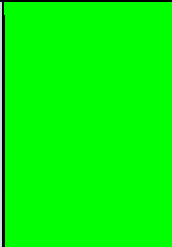
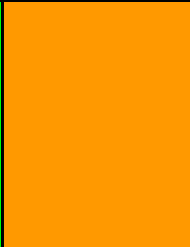
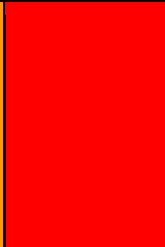
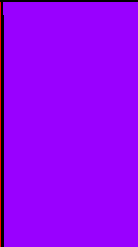
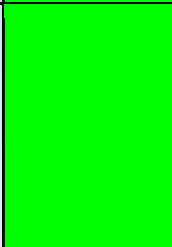
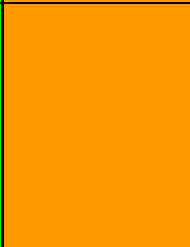
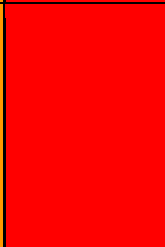
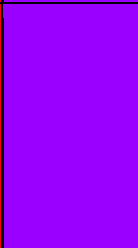
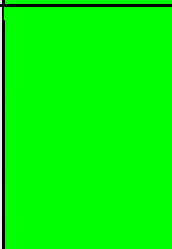
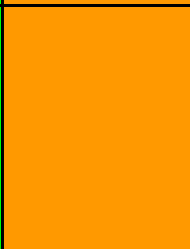
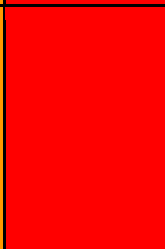
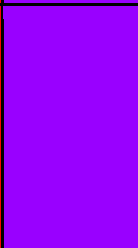
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA (SEVSAP)

QUADRO 2 - Ações de Políticas estratégicas, Atenção Primária e vigilância em saúde por nível de ativação.

AÇÕES SEVSAP	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Aperfeiçoar a gestão das linhas de cuidado e o manejo das doenças respiratórias virais na infância.				
Pautar nos grupos técnicos o fortalecimento da APS, a fim de qualificar o manejo na atenção secundária e do cuidado compartilhado entre AAE para APS e auxiliar no gerenciamento de casos e apoio na jornada do usuário.				
Capilarizar notas e diretrizes técnicas, com base na carteira de serviços, para as equipes da APS e da AAE.				
Instrumentalizar as equipes de APS para promover ações de educação popular em saúde relacionados às doenças respiratórias na infância nos territórios da APS, através de parceria com equipamentos sociais e escolas envolvendo as equipes da APS, E-multi e Agentes Comunitários de Saúde				
Articular processos de Educação Permanente focais para manejo de crianças com sintomas respiratórios com foco na organização das Redes de Atenção				

<p>Mobilizar as Redes locais para executar a triagem, estratificação e identificação oportuna de casos suspeitos de doenças respiratórias virais com destaque para públicos com condições clínicas de risco de gravidade associadas e outras vulnerabilidades.</p>				
<p>Alinhar junto a Rede de Atenção à Saúde o procedimento de avaliação clínica preconizada com base em conduta clínica dos protocolos estabelecidos, a fim de padronizar a atuação dos médicos, enfermeiros e equipes multiprofissionais nos territórios da APS</p>				
<p>Qualificar os profissionais da Rede de APS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico, manejo inicial de casos leves e acompanhamento domiciliar para monitorar a evolução dos pacientes; - Referenciamento adequado dos casos moderados e graves para níveis secundários ou terciários de atenção, garantindo que pacientes que necessitam de cuidados mais intensivos sejam atendidos em tempo hábil; 				
<p>Fomentar estratégias de consulta rápida (fast track), jornada do usuário e linhas de cuidado para os casos sintomáticos de doenças respiratórias virais na infância nos serviços de AP.</p>				
<p>Levantamento e construção do mapa macrorregional das unidades de saúde com horário estendido, a partir de informações atualizadas e validadas pelas Regionais de Saúde, assegurando confiabilidade dos dados e utilidade para a gestão.</p>				

<p>Capacitar as equipes de APS sobre as principais doenças respiratórias da infância nesse período, para que casos leves possam ser acolhidos e manejados na atenção primária</p>				
<p>Construir as informações do perfil epidemiológico, com ênfase na tendência da morbidade e da mortalidade dos casos de doenças respiratórias virais registradas em Pernambuco a partir dos dados de SRAG e SG do Sivep-gripe</p>				
<p>Disseminar informações do perfil epidemiológico dos casos de doenças respiratórias virais registradas em Pernambuco, por meio de boletins, informes, painel de sazonalidade e outras estratégias de comunicação, para os setores responsáveis ou relacionados a decisão sobre as ações de prevenção e controle desse tipo de evento em PE</p>				
<p>Monitorar os principais vírus respiratórios circulantes no estado de Pernambuco a partir das informações provenientes do painel do Lacen-PE (VSR, COVID-19, Influenza e Rinovírus)</p>				
<p>Estimular a captação oportuna dos casos por meio das equipes de vigilância epidemiológica (Gerências regionais e VEH) e outros profissionais e serviços relacionados a vigilância em saúde</p>				
<p>Monitorar a cobertura vacinal contra os vírus respiratórios e das demais vacinas do calendário nacional para gestantes e crianças menores de 1 e a partir de 1 ano de idade.</p>				

<p>Solicitar ao Programa Nacional de Imunização a antecipação da data de início da campanha anual de vacinação contra a influenza.</p>				
<p>Estimular os municípios na realização de diferentes estratégias de intensificação de vacinação</p>				
<p>Fortalecer junto aos municípios de Pernambuco a vacinação em creches e escolas públicas e privadas.</p>				
<p>Fornecer suporte técnico para o registro adequado das vacinações dos municípios nos sistemas de informações do Ministério da Saúde.</p>				

SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE (SERS)

QUADRO 3 - Ações da Regulação em Saúde

AÇÕES DE REGULAÇÃO	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Mapear a Rede das portas de atendimento e internamento de pediatria SRAG. (Conjunta com a SEAS e DGGP)				
Realizar estudo para ampliação de oferta de serviços na Rede Própria e Complementar. (Conjunta com a SEAS)				
Realizar estudo da rede assistencial para habilitações de leitos SARG, junto ao Ministério da Saúde (Conjunta com a SEAS)				
Assegurar a manutenção do chamamento público permanente para credenciamento de leitos destinados à atenção à SRAG, no âmbito da Política Permanente de SRAG.				
Monitorar a fila de solicitações de internamento SRAG.				
Promover a ampliação da oferta de leitos pediátricos na Rede contratualizada, mediante credenciamento de prestadores interessados e tecnicamente aptos a aderir à rede estadual de saúde				
Atualizar os perfis e alinhamento do fluxo para os leitos contratualizados SRAG. (Conjunta com a SEAS)				
Realizar treinamento para operacionalização dos sistemas de regulação.				
Construir relatórios sobre lista de espera, leitos disponíveis, taxa de ocupação, solicitações reguladas.				
Atualizar o Painel de Informações da Sazonalidade.				
Fomentar o serviço de Tele Interconsulta em Pediatria. (SERS/SEGECC)				

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SEAS)

QUADRO 4 - Ações da Atenção à Saúde.

AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Realizar cursos de capacitação profissional	Verde	Laranja	Vermelho	
Diagnóstico para ampliação leitos de UTI Neo/Ped, UCI Neonatal e leitos de enfermaria pediátricos em todas as macrorregiões	Verde			
Capacitar equipes das urgências e emergências, UTIs NEO e Pediátrica, quanto ao Fluxograma Manejo de Pacientes com BVA e demais doenças respiratórias virais para Rede Estadual de Saúde	Verde	Laranja	Vermelho	Roxo
Discussão e Construção do Mapeamento da Rede Assistencial das portas de entradas para atendimento e internamento de pediatria SRAG.(SEAS/SERS)	Verde			
Ampliação do Número de leitos de UTI NEO/PED e Enfermaria PED na Rede Própria	Verde	Laranja	Vermelho	Roxo
Ampliação de leitos de suporte ventilatório na sala vermelha- Pediatria nas UPAs.	Verde	Laranja	Vermelho	Roxo
Incremento na escala de profissionais das UPAs	Verde	Laranja	Vermelho	Roxo

Realizar levantamento de Recursos Humanos nas Escalas de Serviços nos Hospitais da Rede Própria do Estado.				
Realizar levantamento de Insumos nos Hospitais da Rede Própria do Estado.				
Definir o fluxo de cirurgia Pediátrica				

SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SEGTES)

QUADRO 5 - Ações de Gestão de Pessoas.

AÇÕES DE GESTÃO DE PESSOAS	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Realizar impacto financeiro para pagamento de plantão com acréscimo de 100%				
Realização da Seleção simplificada objetivando atender a sazonalidade				
Convocação e contratação de profissionais				
Publicação de portaria com acréscimo de 100% do plantão extra vinculado ao decreto da sazonalidade				
Suspensão de férias e licença prêmio de profissionais durante o período da sazonalidade				

SECRETARIA EXECUTIVA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

(SEAF) QUADRO 6 - Ações da Administração e Finanças

AÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Recebimento do planejamento orçamentário e financeiro pelas áreas. Dividida por unidade contrato, objetos, tipos e quantidades de leitos, incrementos, valores e cronograma de desembolso.				
Compilação orçamentário-financeira das despesas enviadas por cada secretaria executiva.				
Enviar documento orçamentário financeiro para aprovação do comitê gestor e da CPF				
Alocação dos recursos conforme fluxo financeiro e disponibilização da SEFAZ (PF)				
Monitoramento da execução conforme a valores e cronogramas aprovados				

SECRETARIA EXECUTIVA COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL(SECI)

QUADRO 6 - Ações da Coordenação Institucional

AÇÕES DA COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL	Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Instruir Pagamento de unidades geridas por OSS dentro do plano sazonal				
Fiscalizar a Execução dos Serviços Sazonais das unidades geridas por OSS				
Instruir e Formalizar Termos Aditivos para unidades geridos por OSS contempladas para integrar a sazonalidade				

REFERÊNCIA CONSULTADA:

DIAS, C. S. et al. Influência do clima nas hospitalizações por asma em crianças e adolescentes residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 1979-1990, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.04442018>. Acesso em: 03 out. 2024.

TIAN, D. D.; JIANG, R.; CHEN, X. J.; YE, Q. Meteorological factors on the incidence of MP and RSV pneumonia in children. **PLoS One**, v. 12, n. 3, p. e0173409, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173409>. Acesso em: 03 out. 2024.

OLIVEIRA, F. R. C. et al. Management of acute respiratory distress syndrome in a child with adenovirus pneumonia: case report and literature review. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p. e2018280, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018280>. Acesso em: 03 out. 2024.

THOMAZELLI, L. M. et al. Human para influenza virus surveillance in pediatric patients with lower respiratory tract infections: a special view of para influenza type. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 5, p. 554-558, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.017>. Acesso em: 03 out. 2024.

TESINI, B. L. Visão geral das infecções por vírus respiratórios. **Manual MSD Edição para Profissionais**. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/infecções-virais-em-crianças/visão-geral-das-infecções-por-vírus-respiratórios>. Revisado/Corrigido em abr. 2022. Acesso em: 3 out. 2024.

PASSOS, S. D. et al. Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 3-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018/36/1/00008>. Acesso em: 03 out. 2024.

LÓPEZ, P. J. et al. Caracterización de la enfermedad respiratoria baja en pacientes menores de 5 años, hospitalizados en un centro de 3º nivel. **Revista de Medicina**, v. 24, n. 2, p. 47-57, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18359/rmed.2640>. Acesso em: 03 out. 2024.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-513.

XAVIER, J. M. de V. et al. Climate seasonality and lower respiratory tract diseases: a predictive model for pediatric hospitalizations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20210680, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0680>. Acesso em: 03 out. 2024.

YOU, L., WANG X., et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. **Lancet** 2022; 399: 2047–64. Publicado online em 19 de maio de 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00478-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00478-0).