

# PLANO DE CONTINGÊNCIA OPERATIVO DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO SUL



SAÚDE



**MINAS  
GERAIS**

GOVERNO  
DIFERENTE.  
ESTADO  
EFICIENTE.

## FICHA TÉCNICA

©2020 Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Todos os direitos reservados. A responsabilidade pelos direitos autorais é da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O conteúdo desta publicação poderá ser revisto e aperfeiçoado pela equipe técnica responsável.

### **Elaboração, distribuição e informações:**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rodovia Papa João Paulo II, 4.143, 12º andar, Prédio Minas – Bairro Serra Verde

CEP: 31.630-900

URL: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rua Espírito Santo, 495 - 9º Andar - Centro - BH/MG

CEP: 30.160-031

URL: <https://www.cosemsg.org.br/site/>

### **Versão do documento:**

Versão 2.0. Revisada e atualizada até 06/05/2020.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	4
I.CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE .....	6
II. GOVERNANÇA REGIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 .....	7
II.1. Dos Comitês Macrorregionais COVID-19 .....	7
II.1.1. A base territorial dos Comitês Macrorregionais COVID-19 .....	9
II.1.2. Atribuições dos Comitês Macrorregionais COVID-19 .....	11
II.2. Das Salas de Situação Regionais .....	11
III. CENÁRIOS DE ENFRENTAMENTO .....	13
IV. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR .....	18
IV.1. Conceitos básicos .....	18
IV.2. Premissas para definição dos pontos de atenção .....	19
IV.3. Relação dos hospitais selecionados por microrregião .....	21
V. SISTEMAS DE APOIO .....	34
V.1. Papéis e responsabilidades relativos à gestão de leitos e ao processo regulatório .....	34
V.2. Transporte em Saúde .....	35
V.3. Vigilância Laboratorial .....	38
VI. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	41

## APRESENTAÇÃO

No início de dezembro de 2019, casos de pneumonia de origem desconhecida foram identificados em Wuhan, capital da província de Hubei na China. Em 31 de dezembro de 2019, esses casos foram associados a um novo RNA vírus (betacoronavírus 2) como patógeno responsável, atualmente denominado SARS-CoV 2 ou Coronavírus. A doença causada por este vírus é chamada COVID-19.

Os casos da doença começaram a ser identificados em outros países do mundo de forma célere e tal fato conduziu a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG - ao acionamento do Centro de Operações de Emergência em Saúde - COES-MINAS-COVID-19, em 30 de janeiro de 2020, mesmo sem a confirmação de casos no Brasil e em Minas Gerais. O COES-MINAS-COVID-19 é a comissão multidisciplinar e multissetorial de organização, normatização e monitoramento de ações de prevenção, vigilância e controle referentes à COVID-19 no âmbito estadual. O papel dessa comissão foi potencializado com a confirmação de casos em Minas Gerais, a declaração de emergência em saúde pública (realizada pelo Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020) e a edição de legislações posteriores com outras medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da doença.

A partir da confirmação de casos em vários municípios do Estado de Minas Gerais e da heterogeneidade das regiões mineiras quanto a aspectos epidemiológicos e assistenciais, identificou-se a necessidade de elaboração de respostas específicas para cada território, que considerassem a projeção local de casos, o contingente populacional e o complexo hospitalar de cada território.

Nesse sentido, foi proposta a criação dos Planos de Contingência Operativos das Macrorregiões de Saúde como documento acessório e complementar ao Plano de Contingência Estadual. Este documento representa a segunda versão do plano de contingência de um território e utiliza como unidades de análise as macrorregiões e microrregiões de saúde, definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR-SUS/MG), revisado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019.

O objetivo deste documento é a preparação da resposta para enfrentamento da pandemia da COVID-19 a nível macrorregional com definição de orientações e de

pontos de atenção da rede que serão referência para atendimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave em decorrência da COVID-19.

Por se tratar de documento de construção coletiva, com interveniência dos gestores municipais e estadual e contribuições de atores locais interessados, possui perfil dinâmico, podendo ser alterado de acordo com a evolução do quadro epidemiológico e com novas descobertas científicas.

## I. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Esta primeira seção dedica-se à caracterização espacial e demográfica da macrorregião com intuito de identificar as especificidades locais e delimitar o território contemplado nas ações de mitigação dos efeitos da COVID-19 e resposta às demandas provenientes da pandemia.

A macrorregião constitui espaço geográfico, composto por 2 (duas) ou mais microrregiões, que delimita regionalmente a organização das redes de atenção à saúde, integrando os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Para melhor organização, os dados do território macrorregional foram agrupados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Dados espaciais e demográficos da Macrorregião Triângulo do Sul.

ID	Microrregião	SRS ou GRS vinculada	População da Microrregião (Estimativa IBGE/TCU 2018)	Quantidade de municípios da microrregião
1	Araxá	SRS/Uberaba	187.136	8
2	Frutal/Iturama	SRS/Uberaba	179.694	11
3	Uberaba	SRS/Uberaba	414.959	8
<b>TOTAL</b>			<b>781.789</b>	<b>27</b>

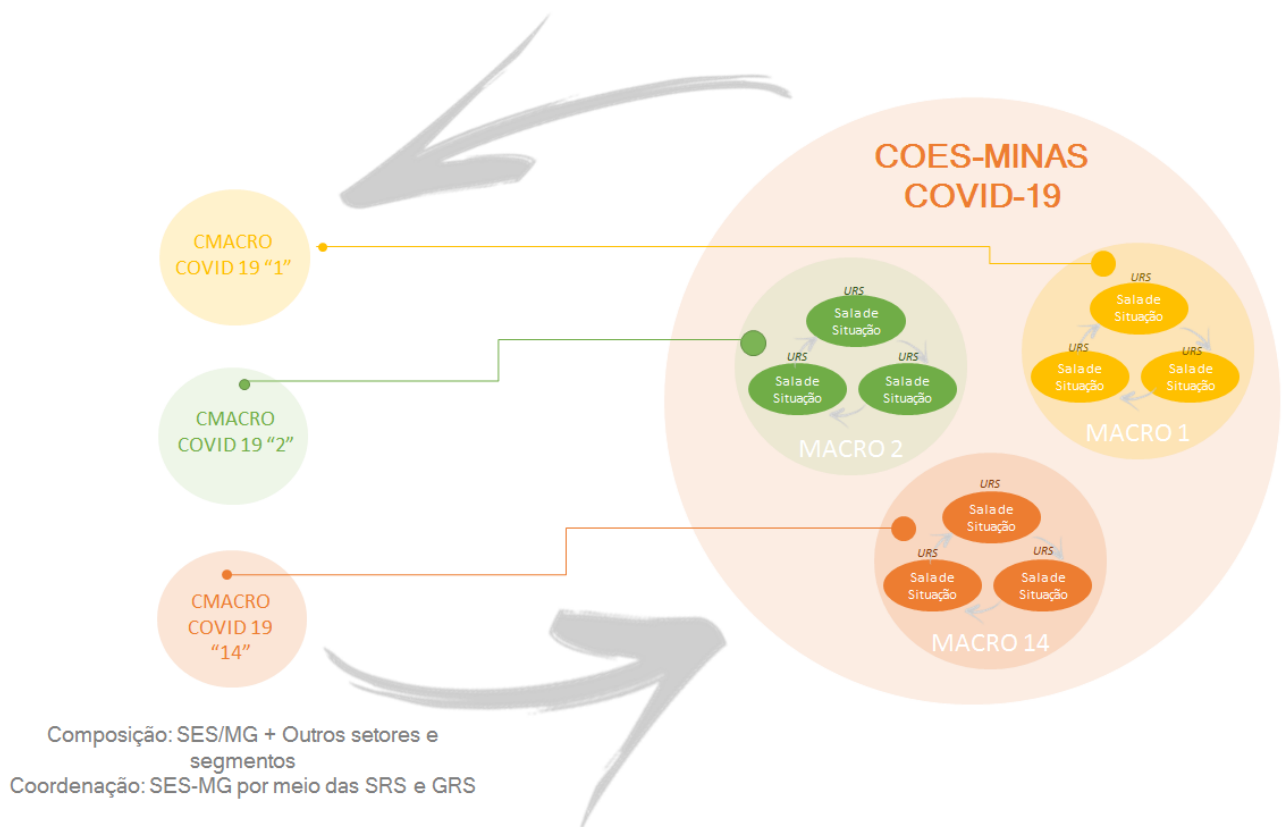
Fonte: Superintendências e Gerências Regionais de Saúde, conforme Decreto nº 47.769, de 29 de novembro de 2019. 2020.

## II. GOVERNANÇA REGIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19

A estrutura de governança (macro) regional para enfrentamento à infecção pela COVID-19 nas regiões e macrorregiões encontra-se representada pela figura a seguir (Figura 1) e possui como instâncias: (1) Comitês Macrorregionais COVID-19 (CMacro COVID-19), fundamentados nos desenhos territoriais das macrorregiões de saúde; e (2) Salas de Situação Regionais, estruturas internas de monitoramento coordenadas pelas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS e GRS).

Essas estruturas devem estar em constante sinergia com as demais formas de governança dispostas no Plano de Contingência Estadual.

Figura 1 - Estrutura de governança (macro) regional de enfrentamento a COVID-19.



Fonte: COES-MINAS-COVID-19, 2020.

### II.1. Dos Comitês Macrorregionais COVID-19

No caso de Minas Gerais, considerando:

- a extensão territorial do Estado;

- as diversidades e especificidades culturais, econômicas, demográficas e assistenciais; e

- a necessidade de melhor coordenar e articular as ações de enfrentamento ao coronavírus;

foi deliberado pelo COES-MINAS-COVID-19 a implantação de estruturas macrorregionais vinculadas a essa instância, no caso, os Comitês Macrorregionais COVID-19 (CMacro COVID-19). A Deliberação do Comitê Extraordinário COVID-19 nº 25, de 2 de abril de 2020, instituiu os CMacro COVID-19 e definiu suas competências gerais.

Os Comitês Macrorregionais COVID-19 (CMacro COVID-19) constituem uma estrutura propositiva, com composição multidisciplinar e multissetorial e com atribuições circunscritas à área de abrangência da macrorregião – nos termos definidos no PDR-SUS/MG.

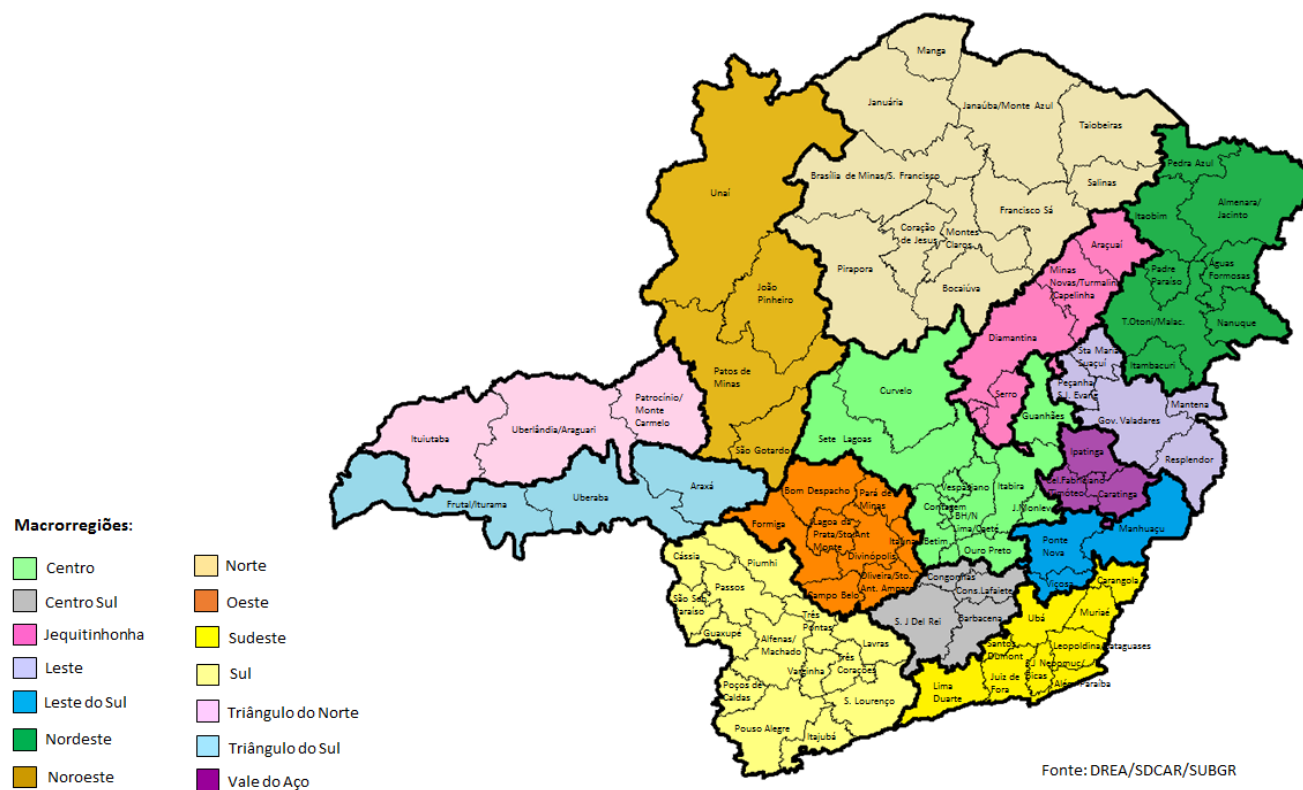
Aos diferentes setores participantes dos Comitês Macrorregionais COVID-19, compete contribuir com informações e diagnósticos para subsidiar a análise da situação macrorregional e o processo de tomada de decisões do COES-MINAS-COVID-19. Os membros dos Comitês Macrorregionais COVID-19 devem manter-se articulados e integrados às Salas de Situação Regionais (da macrorregião) e ao COES-MINAS-COVID-19, compartilhando processos de trabalho, dados e oportunidades, de tal forma que se estabeleçam trocas permanentes de informação.



### II.1.1. A base territorial dos Comitês Macrorregionais COVID-19

A composição do Comitê Macrorregional COVID-19 fundamenta-se no limite territorial das macrorregiões definidas no PDR-SUS/MG, nos termos definidos na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019. (Figura 2).

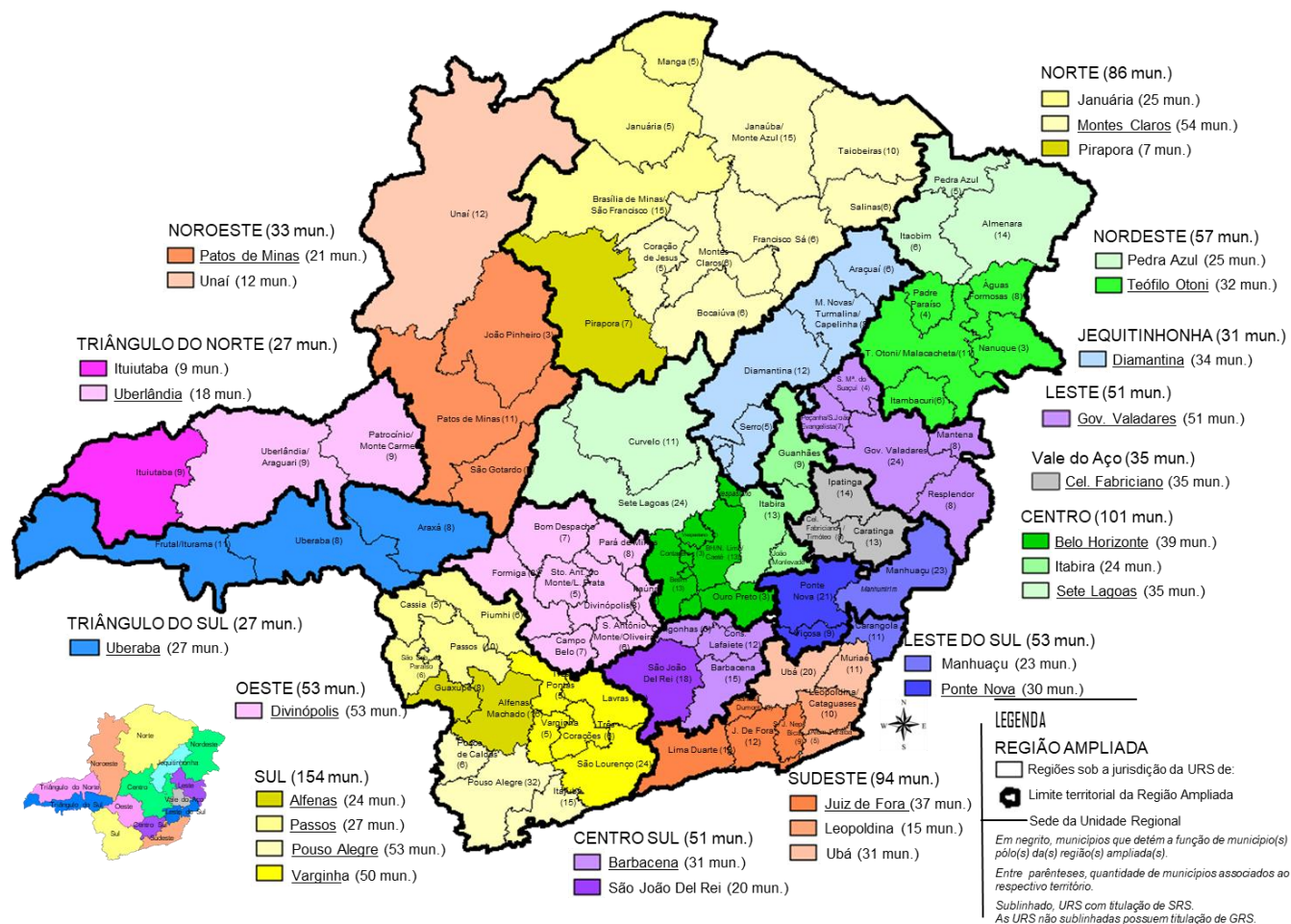
Figura 2 – Divisão territorial das macrorregiões e microrregiões, conforme PDR-SUS/MG.



Fonte: Diretoria de Regionalização e Estudos Assistenciais - DREA/SDCAR/SUBGR/SES-MG. 2020.

No âmbito da SES/MG, o Comitê Macrorregional COVID-19 é formado pelas SRS e GRS vinculadas à macrorregião (Figura 3).

Figura 3 – Superintendências e Gerências Regionais de Saúde vinculadas às macrorregiões.



Fonte: Subsecretaria de Gestão Regional – SUBGR/SES-MG, 2020.

## II.1.2. Atribuições dos Comitês Macrorregionais COVID-19

Os Comitês Macrorregionais COVID-19, (a serem) constituídos a partir de esforços de articulação das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS e GRS) com outros órgãos e setores, devem possibilitar o alinhamento das discussões macrorregionais. O Comitê possui caráter essencialmente propositivo e as seguintes atribuições:

- I. promover a interlocução e articulação com segmentos governamentais e não governamentais da macrorregião, buscando cooperação no território para enfrentamento da COVID-19;
- II. analisar conjuntamente os dados epidemiológicos e assistenciais para construção do diagnóstico macrorregional da situação de saúde relacionada à COVID-19;
- III. comunicar no território as informações sobre a situação de saúde relacionada à COVID-19 e as orientações estaduais; e
- IV. convidar, por ato da coordenação, representantes de outros órgãos e entidades públicas ou privadas para participarem das reuniões e colaborar com as atividades do comitê.

## II.2. Das Salas de Situação Regionais

As Salas de Situação constituem as equipes dispostas permanentemente para recepção e monitoramento diário de informações a fim de subsidiar a tomada de decisões, a comunicação com os demais atores e a gestão da situação da COVID-19.

As equipes presentes nas Salas de Situação devem receber, sistematizar, processar e disponibilizar informações estratégicas a respeito da situação de saúde pública. No caso específico da pandemia da COVID-19, essas informações processadas são atualizadas diariamente, garantindo uma análise ágil capaz de identificar imediatamente a extensão territorial, a população atingida e os danos e necessidades de saúde.

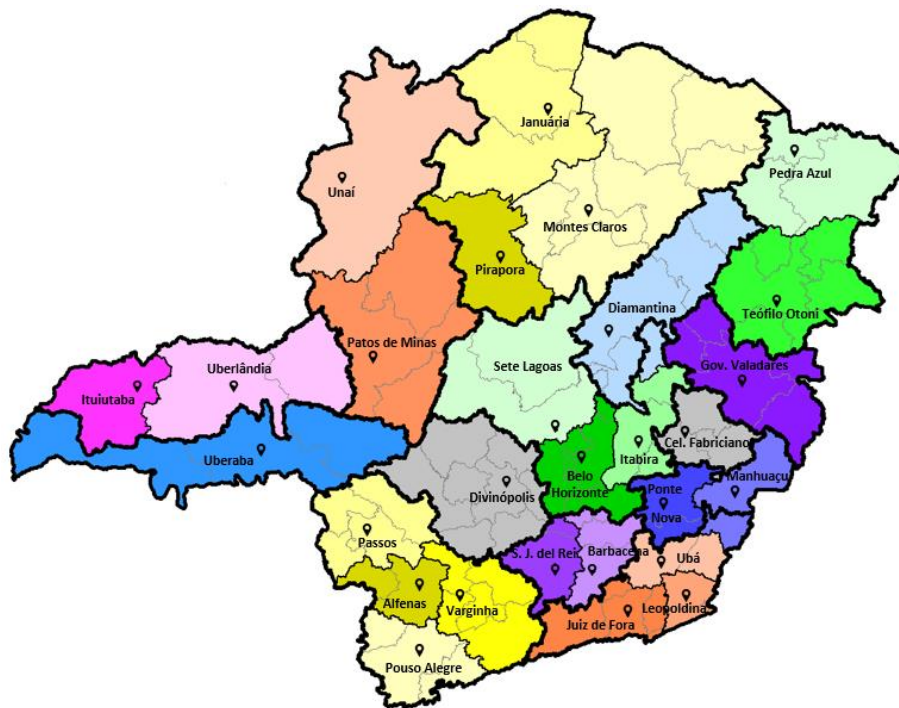
As Salas de Situação Regionais constituem estruturas de gestão descentralizada da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com atribuições circunscritas à área de abrangência da respectiva Unidade Regional de Saúde (Superintendência ou Gerência Regional de Saúde)<sup>1</sup>. Essas equipes têm caráter consultivo e executivo e estão subordinadas ao COES-MINAS-COVID-19. Tais estruturas acumulam funções específicas, diferentes daquelas determinadas em normativas de competências das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS e GRS).

---

<sup>1</sup> Para consultar a relação e abrangência das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS e GRS) deve-se consultar <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-ensino>.

A base territorial das Salas de Situação Regionais fundamenta-se na área de abrangência das SRS e GRS (Figura 4), nos termos definidos no Decreto nº 47.844, de 17 de janeiro de 2020.

Figura 4 – Base Territorial das Salas de Situação Regionais.



Fonte: Subsecretaria de Gestão Regional – SUBGR/SES-MG, 2020.

As Salas de Situação Regionais contribuem com o COES-MINAS-COVID-19 e com o respectivo Comitê Macrorregional COVID-19 com informações e diagnósticos para subsidiar a análise da situação de saúde e os processos internos. Os profissionais devem manter-se articulados e integrados às demais Salas de Situação da Macrorregião<sup>2</sup> e ao COES-MINAS-COVID-19, compartilhando processos de trabalho, dados e funções, de tal forma que se estabeleçam trocas permanentes de informação. Ademais, cabe à Sala de Situação Regional promover a continuidade das operações definidas no âmbito de sua própria estrutura e solucionar problemas específicos do território de sua abrangência.

<sup>2</sup> Nas situações em que a macrorregião dispôr de mais de uma URS vinculada.

### III. CENÁRIOS DE ENFRENTAMENTO

O enfrentamento da doença depende, em grande medida, da compreensão do (s) cenário (s) de estimativa de casos. Foram desenhados 6 (seis) cenários a nível estadual e macrorregional e, para cada um deles, há um conjunto de critérios de classificação e ações prioritárias. Portanto, a classificação e as medidas indicadas deverão ser adotadas por cada macrorregião.

A seguir, os Quadros 1 e 2 indicam os níveis e situações do Estado e Macrorregiões face à situação de enfrentamento à COVID-19, bem como as ações que deverão ser desencadeadas, de uma forma geral, por nível/situação.

Quadro 1 – Situação/Nível no Estado por Macrorregiões de Saúde.

CONTENÇÃO/MITIGAÇÃO				RESPOSTA	
Favorável Situação 0 - Nível 0	Menos favorável Situação 1 - Nível 1	Intermediário Situação 2 – Nível 2	Desfavorável Situação 3 - Nível 3	Mais desfavorável Situação 4 - Nível 3	Colapso Situação 5 - Nível 3
- Sem casos importados, confirmados ou suspeitos.	- Casos importados <b>ou;</b> - Até 5 casos confirmados <b>ou;</b> - 50 casos suspeitos.	- Transmissão local <b>ou;</b> - De 6 a 10 casos confirmados <b>ou;</b> - 100 casos suspeitos <b>ou;</b> - 1 paciente grave por COVID 19.	- Transmissão comunitária <b>ou;</b> - 11 ou mais casos confirmados <b>ou;</b> - 200 casos suspeitos <b>ou;</b> - 90% de ocupação dos leitos de UTI-SUS <b>ou;</b> - Ausência de leito de UTI <b>ou;</b> - 1 óbito por COVID 19.	- Acima de 90% dos leitos UTI-SUS ocupados no estado (rede pública e suplementar) ou indisponibilidade de leitos na macro região.	- Não há mais leitos no Estado <b>ou;</b> - Falta de locais para acondicionamento de corpos.

Fonte: Plano de Contingência Estadual COVID-19. 2020.

Quadro 2 – Ações a serem desenvolvidas de acordo com a Situação e Nível.

AÇÕES A SEREM REALIZADAS					
Favorável Situação 0 - Nível 0	Menos favorável Situação 1 - Nível 1	Intermediário Situação 2 – Nível 2	Desfavorável Situação 3 - Nível 3	Mais desfavorável Situação 4 - Nível 3	Colapso Situação 5 - Nível 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforme descritivo supramencionado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência das ações da situação anterior;</li> <li>- Incremento de recursos humanos para atuar em resposta a incremento de ordem exponencial de casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG);</li> <li>- Suspensão do atendimento eletivo ambulatorial;</li> <li>- Confirmação de casos por exame laboratorial;</li> <li>- Suspensão temporária das aulas;</li> <li>- Fechamento de universidades/faculdades;</li> <li>- Divulgar informações a população e órgãos;</li> <li>- Convocação dos profissionais de saúde em férias;</li> <li>- Planejamento para as fases seguintes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência das ações da situação anterior;</li> <li>- Classificar os casos para realização de cirurgias eletivas;</li> <li>- Suspensão de eventos independente do quantitativo de pessoas;</li> <li>- Elaborar escalas, considerando rodízio de funcionários que atuam na prestação de serviços essenciais, reduzindo o número de deslocamentos casa/trabalho;</li> <li>- Planejamento para as fases seguintes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência das ações da situação anterior;</li> <li>- Suspensão do atendimento eletivo cirúrgico;</li> <li>- Compra de leitos por necessidade clínica;</li> <li>- Transformar leitos de outra natureza em CTI;</li> <li>- Confirmação de casos por critério clínico epidemiológico;</li> <li>- Redução do deslocamento laboral;</li> <li>- Restrição de atividades comerciais não essenciais;</li> <li>- Suspensão permanente das aulas rede pública e privada exceto para os filhos de profissionais envolvidos em serviços essenciais;</li> <li>- Adotar medidas para higienização dos veículos de transporte coletivo;</li> <li>- Planejamento de hospital de campanha;</li> <li>- Planejamento para as fases seguintes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência das ações da situação anterior;</li> <li>- Quarentena da população com isolamento por parte das forças de segurança;</li> <li>- Amplificação das ações relativas ao manejo de corpos;</li> <li>- Férias coletivas industriais;</li> <li>- Planejamento para a fase seguinte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência das ações da situação anterior;</li> <li>- Operacionalização do hospital de campanha.</li> </ul>

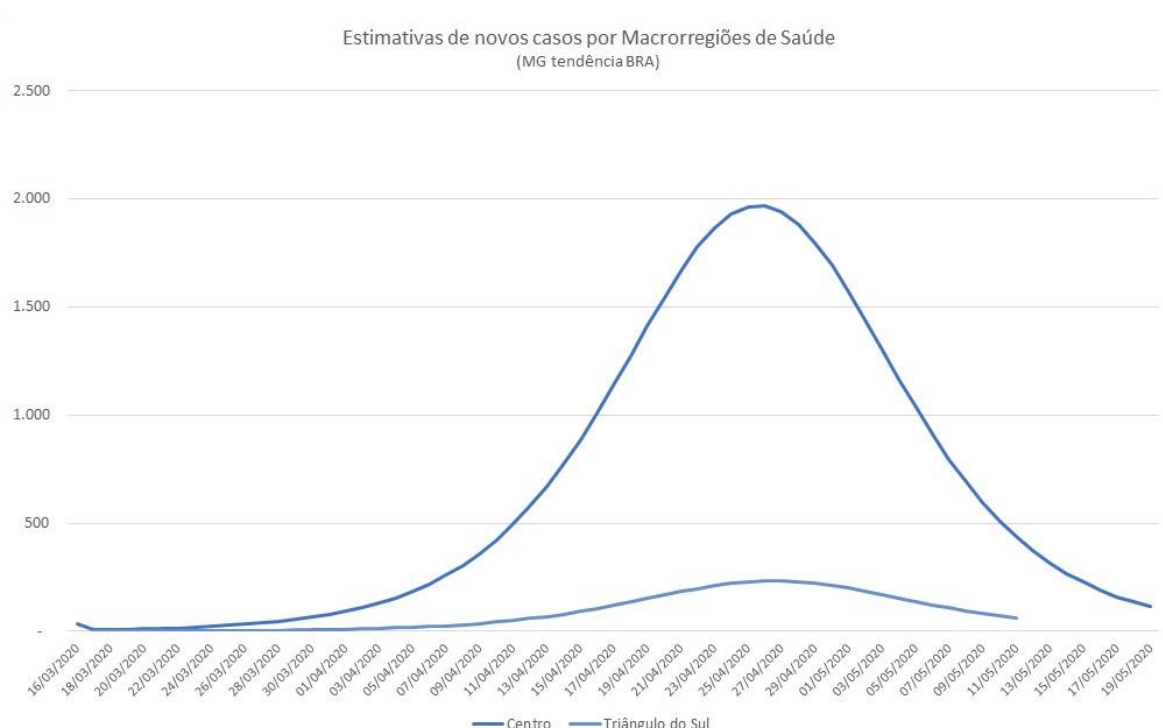
Fonte: Plano de Contingência Estadual COVID-19. 2020.



Para subsidiar a construção dos Planos de Contingência Operativos Macrorregionais, foi estimado o número de casos para cada macrorregião, a partir da evolução dos casos notificados e confirmados no Brasil e Minas Gerais desde a data de início da pandemia até a data de realização da projeção. Essas projeções são dinâmicas e realizadas periodicamente - até o momento foram realizadas cinco estimativas: a) 16/03/2020; b) 31/03/2020; c) 06/04/2020; d) 14/04/2020 e 21/04/2020 que tem demonstrado achatamento da curva de novos casos.

Para subsidiar esse documento, foi utilizada a projeção realizada no dia 30/03/2020 que corresponde à segunda estimativa realizada.

Figura 5 – Estimativa de novos casos por macrorregião de saúde.



Fonte: SES/MG. 2020.

Após estimar o número de casos, foi realizado o dimensionamento de leitos (clínicos e de terapia intensiva) necessários para absorver a demanda. Para esse cálculo foi considerado: a) número de casos novos estimados; b) distribuição etária dos casos; c) tempo médio de permanência e d) percentual de casos graves/ moderados. Como ainda não há clareza do desenvolvimento da pandemia no Brasil, foram adotados para os itens de 'b' a 'd' os parâmetros internacionais, conforme demonstrado abaixo:

Figura 6 - Parâmetros na literatura internacional quanto à distribuição de casos por idade, gravidade e tempo médio de permanência nos leitos.

1º Distribuição do número de casos por faixa etária:

Ages								
0-9	10- 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
0,9%	1,2%	8,1%	17%	19,2%	22,4%	19,2%	8,8	3,2%

2º Distribuição do número de casos segundo gravidade

	0-9 anos	9 a 19 anos	19 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	> de 70
Risco	Leve	Leve	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave
Internação em Leitos Clínicos	0	98%/2%	90%/10%	85%/15%	80%/20%	75%/25%
Internação em UTI	0	0	5%	5%	5%	5%

3º Estimativa do tempo médio de permanência (TPM) em leitos clínicos e UTI

	0-9 anos	9 a 19 anos	19 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	> 70
Risco	Leve	Leve	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave	Leve a moderado/ Grave
TMP Leito Clínico	0	7 dias	7 dias	7 dias	10 dias	14 dias
TMP UTI	0	7 dias	9 dias	10 dias	15 dias	18 dias

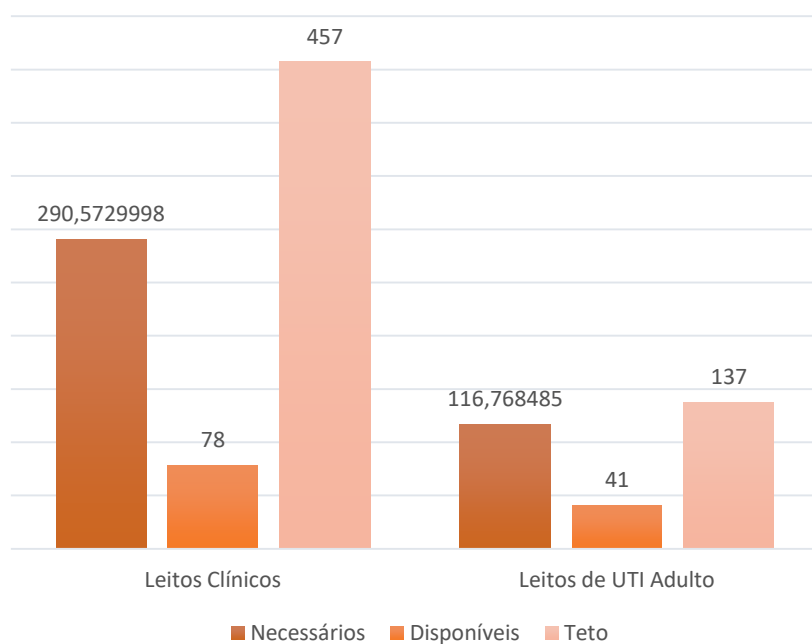
Fonte: Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais – CIEVS MINAS e Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência/SRAS/SUBPAS/SES-MG. 2020.

Com os parâmetros explicitados acima, e considerando o período em que se espera maior número de demanda por internações em leitos clínicos e leitos de terapia intensiva (pico da curva de casos), seguem informações sobre o quantitativo de leitos para atendimento a toda demanda da macrorregião (é importante ressaltar que a estimativa foi realizada para a população total).



Tabela 2 – Leitos Clínicos e de Terapia Intensiva estimados para a Macrorregião.

### Leitos Clínicos e de UTI Adulto



Teto = Nº de leitos total (nº máximo de leitos + ampliação)

Fonte: SES/MG. 2020.

Tabela 3 – Leitos Clínicos e de Terapia Intensiva estimados por Microrregião.

Nº de Leitos Clínicos				
Micro	Necessários	Disponíveis SUS	Ampliação <sup>1</sup>	Máximo <sup>2</sup>
Araxá	70	37	152	143
Frutal/Iturama	67	38	0	37
Uberaba	154	163	66	277

Nº de Leitos de UTI				
Micro	Necessários	Disponíveis SUS	Ampliação <sup>1</sup>	Máximo <sup>2</sup>
Araxá	28	18	46	51
Frutal/Iturama	27	10	10	10
Uberaba	62	40	40	76

<sup>1</sup> Requer equipamento e RH

<sup>2</sup> Quantidade máxima de leitos dimensionada quando se considera que todos os leitos do estabelecimento se tornarão COVID-19, considerando CNES.

Fonte: SES/MG.

## IV. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

O enfrentamento da pandemia da COVID-19 pressupõe, entre outras inúmeras ações, a organização de pontos de atenção hospitalar que suportem, minimamente, o atendimento dos pacientes com sintomatologia grave da COVID-19. Para isso, de forma colegiada, foi realizada articulação entre técnicos e gestores municipais e estadual para definição de hospitais de referência para atendimento aos casos graves da COVID-19 (doravante “demanda COVID”) e para a demanda habitual (demanda não-COVID), a partir de conceitos básicos e premissas previamente definidos.

As premissas e os conceitos adotados baseiam-se em ampla literatura técnica e experiências internacionais. A metodologia foi apresentada na Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), em reunião do dia 15 de abril de 2020.

Para compreender as análises técnicas e o arranjo assistencial, serão apresentados, inicialmente, os conceitos básicos, que constituem os elementos fundamentais para definição do papel das instituições hospitalares para assegurar atendimento aos pacientes atingidos e não atingidos pela pandemia.

Na sequência, serão alinhadas as premissas, que delimitam as proposições essenciais que servem de base para estudo de organização do componente hospitalar.

A partir desse entendimento, será apresentado quadro-resumo com os papéis a serem exercidos pelas instituições do território, demonstrando a importância de criar acesso para pacientes COVID-19 e garantir permanência dos atendimentos para outras condições clínicas que continuarão a demandar a atenção hospitalar.

### IV.1. Conceitos básicos

Para fins de alinhamento técnico, este plano macrorregional foi construído a partir dos seguintes conceitos:

- I. **Leitos disponíveis:** Leitos existentes ou novos (precisam apenas de custeio e/ou organização interna) com disponibilização imediata à Central de Regulação para atendimento exclusivo aos casos suspeitos e confirmados de infecção por COVID-19. Independentemente de serem públicos ou privados.

- II. **Leitos possíveis de ampliação:** Leitos novos que precisam de adequações de estrutura física e/ou equipamentos para posterior disponibilização à Central de Regulação.
- III. **Referência SRAG<sup>3</sup>:** Hospital com existência prévia de Unidade de Terapia Intensiva (≥ 8 leitos) adulto e/ou pediátrico e leitos clínicos (adulto e/ou pediátrico) disponíveis para COVID-19, elencado no Plano de Contingência. São estabelecimentos elegíveis para o processamento do procedimento 03.03.01.022 – 03 (Tratamento de infecção pelo novo Coronavírus COVID-19) e para recebimento de diária de UTI diferenciada conforme disposto na Portaria nº 568 de 26 de março de 2020.
- IV. **Referência SRAG - Oncologia e/ou Obstetrícia/Alta Complexidade:** Mesma definição do Hospital “Referência SRAG” acrescida a necessidade de manutenção dos atendimentos à pacientes oncológicos e/ou obstetrícia e/ou alta complexidade observando as medidas de contenção de contaminação.
- V. **Leitos Clínicos COVID-19:** Hospitais que não possuem leitos de terapia intensiva, mas que disponibilizam leitos clínicos (adulto e/ou pediátrico) para atendimento a casos suspeitos e confirmados de infecção por COVID-19 com sintomatologia grave sem indicação de internação em unidades de terapia intensiva. São estabelecimentos elegíveis para o processamento do procedimento 03.03.01.022 – 03 (Tratamento de infecção pelo novo Coronavírus COVID-19).
- VI. **Retaguarda Não COVID-19:** São hospitais que, no Plano de Contingência, serão responsáveis por absorver a demanda não-COVID dos Hospitais referência para SRAG e/ou com leitos clínicos disponíveis para atendimento à pacientes acometidos pelo COVID-19.

## IV.2. Premissas para definição dos pontos de atenção

As premissas constituem proposições essenciais que servem de base para estudo de organização do componente hospitalar. Seu papel é orientar a organização do componente e conciliar estratégias de redução do contágio e otimização logística, especialmente quando se trata de transporte de pacientes.

---

<sup>3</sup> SRAG é a sigla utilizada para abreviar o termo Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Essas premissas foram utilizadas na análise da equipe técnica SES/COSEMS para validação dos planos locais, podendo ser necessárias ainda adequações e revisões para alguns pontos de atenção.

Em ordem de prioridade, as premissas a serem observadas são:

- I. Considerar a estimativa de leitos necessários (clínicos e de UTI), para população total, conforme projeção realizada em 31/03/2020, portanto o número necessário é passível de alterações em virtude do transcorrer da pandemia em Minas Gerais;
- II. Concentrar os casos de COVID-19 em poucos estabelecimentos, agrupando leitos clínicos e terapia intensiva (UTI) até esgotar a capacidade instalada total do prestador;
- III. Ampliar leitos prioritariamente em instituições que já possuem leitos de UTI, portanto RH e expertise já estabelecidos, exceto em casos de vazios assistenciais e excepcionalidades, inclusive leitos em instituições da saúde suplementar;
- IV. Não mesclar na mesma instituição atendimento a pacientes COVID-19 e outras condições;
- V. Definir claramente hospitais para atendimento dos casos não COVID-19 para retaguarda aos hospitais que atenderão COVID-19;
- VI. Tentar manter uma referência SRAG por microrregião para evitar deslocamentos simultâneos no momento do pico;
- VII. Em territórios muito extremos avaliar a possibilidade de criação de UTI, desde que haja compromisso para a obtenção e qualificação do RH;
- VIII. Considerar a possibilidade de ampliação de leitos de UTI sinalizada pelo território, desde que consideradas as premissas acima;
- IX. Evitar selecionar hospitais como referência SRAG/COVID-19 UTI que agreguem outros serviços (Oncologia e/ou GAR e/ou Alta Complexidade) - nos casos excepcionais em que forem selecionados devem se organizar para conter a contaminação; e
- X. A criação de leitos clínicos isolados está condicionada à necessidade assistencial e a avaliação da VISA das condições de isolamento.

Nas situações em que, devidamente justificado, não for possível o cumprimento de quaisquer das premissas anteriormente citadas, caberá ao município e/ou prestador a adequação sanitária do referido estabelecimento de saúde, nos termos recomendados em Nota Técnica específica. A aprovação integral do plano pressupõe a garantia de atendimento pelo requerente dos itens abordados na Nota Técnica, mediante responsabilização pela medida.

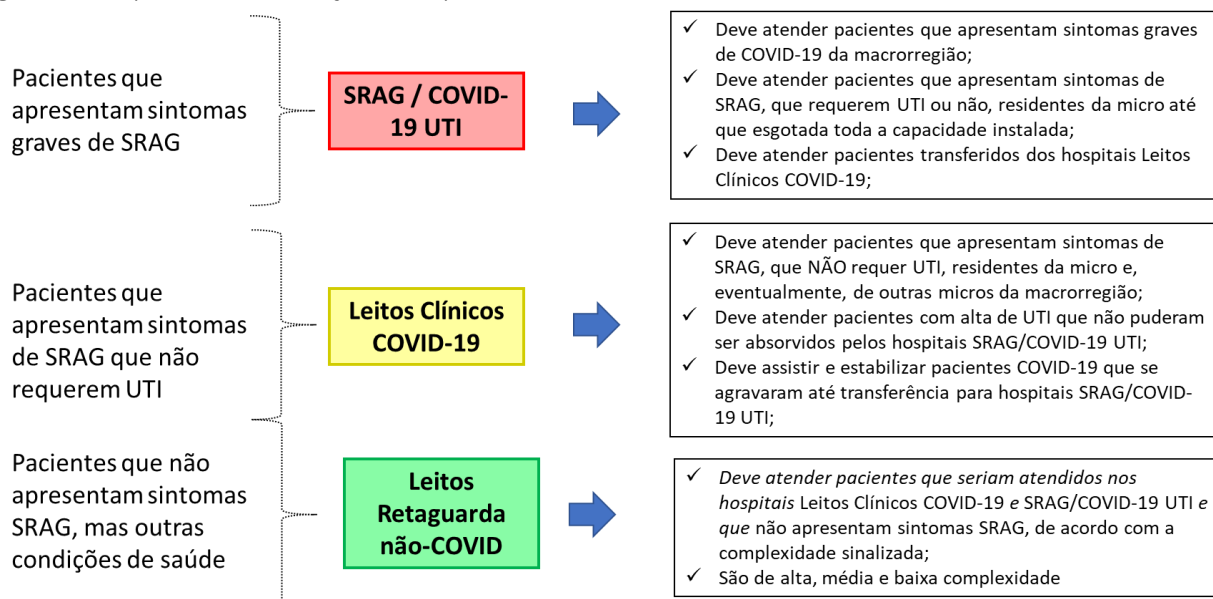
Além das premissas, há importantes recomendações para a rede materno-infantil a serem observadas na definição dos pontos de atenção:

- I. É recomendado que os gestores municipais das macrorregiões realizem um mapeamento das gestantes de alto risco em seus territórios e estabeleçam um plano de vinculação com o hospital que será referência para esses partos ou intercorrências;
- II. Acerca das instituições que possuem UTI Neonatal e interromperão os demais atendimentos para dedicar-se à SRAG, a região deverá avaliar a melhor forma para remanejamento deste atendimento (RH, equipamentos, etc.) de modo a manter a oferta de cuidado neonatal intensivo da macrorregião;
- III. Gestantes com sinais e sintomas de gravidade SRAG, devem seguir fluxo assistencial conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 19/2020 de 01 de abril de 2020; e
- IV. No caso de regiões em que a atenção obstétrica e neonatal precise ser direcionada para um novo ponto da rede, antes não vocacionado para esse fim, é fundamental que seja articulado a estrutura e compromissos mínimos, de modo a preservar a segurança do atendimento. Recomenda-se a parceria com universidades para a utilização de videoconferências/telemedicina como dispositivos para capacitações e monitoramento.

### **IV.3. Relação dos hospitais selecionados por microrregião**

Diante dos conceitos básicos e das premissas estabelecidas, segue abaixo quadro-resumo (Figura 7) do papel esperado para cada perfil de instituições hospitalares:

Figura 7 - Papéis das instituições hospitalares.



Fonte: SES-MG. 2020.

Após diversas rodadas de discussão local, foram organizadas referências hospitalares para cada microrregião, conforme tabela abaixo:

Tabela 4 – Hospitais selecionados por microrregião.

**MICRORREGIÃO DE ARAXÁ**

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Leitos SUS		Leitos Ampliação		Leitos Privados UTI	Leitos Outras Especialidades	Observação
					Clínicos	UTI	Clínicos	UTI			
ARAXÁ	2180766	HOSPITAL CASA DO CAMINHO	Retaguarda Não-COVID para clínica médica cirúrgica, neurocirurgia, ortopedia, urologia para Araxá e microrregião		32	8	0	5	0	65	Retaguarda no Nível 3 (Cenários 3 e 4). Será isolada a longa permanência e disponibilizado 65 leitos clínicos para COVID-19.
ARAXÁ	2164620	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	Referência COVID para os municípios de Araxá, Tapira, Pratinha, Perdizes, Ibiá, Pedrinópolis, Santa Juliana e Campos Altos	1ª Referência SRAG	57	14	87	52	0	0	
ARAXÁ	2164612	HOSPITAL REGIONAL DOM BOSCO	Retaguarda Não COVID, obstetrícia (somente para Araxá e Tapira), pediatria (somente para Araxá e Tapira) e UTI em cardiologia não COVID para a microrregião		16	2	0	0	2	0	Atende outros convênios
CAMPOS ALTOS	2098156	SANTA CASA DE CAMPOS ALTOS	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica, e obstetrícia para população própria e Pratinha. Leitos de Cuidados Prolongados para a microrregião com habilitação conforme critérios da Portaria nº 561/2020		36	0	0	0	0	0	Enquadra na Portaria nº 561/2020

PERDIZES	2166305	SANTA CASA DE PERDIZES	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica para população própria		21	0	0	0	0	0	
SANTA JULIANA	2180731	HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA JULIANA	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica e obstetrícia para população própria e o município de Pedrinópolis		30	0	-	0	0	0	
IBIÁ	2181029	SANTA CASA DE IBIÁ	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica e obstetrícia para população própria e município de Perdizes		37	0	0	0	0	0	

**MICRORREGIÃO DE FRUTAL/ITURAMA**

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Leitos SUS		Leitos Ampliação		Leitos Privados UTI	Leitos Outras Especialidades	Observação
					Clínicos	UTI	Clínicos	UTI			
UNIÃO DE MINAS	2206552	SANTA CASA DE UNIÃO	Retaguarda não COVID baixa complexidade		32	0	6	-	0	17	Fortalecer a contra referência e aprimorar a sua resolutividade. Apoio clínica médica para a microrregião. Enquadra-se na Portaria nº 561/2020
FRUTAL	2098539	HOSPITAL MUNICIPAL FREI GABRIEL	Referência L.C COVID		45	0	-	10	-	32	Possibilidade de aumentar 12 leitos clínicos. O hospital possui estrutura de 10 leitos de UTI com projeto aprovado e já construído, possui equipamentos, contudo não possui equipe técnica contratada e comprovação de serviços de apoio conforme RDC 07/2010 (possibilidade de enquadramento na Portaria nº 568/2020).



ITURAMA	2208040	CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA ITURAMA	Retaguarda não COVID média complexidade		8	0	-	-	0	26	Aumentar partos e RH para desafogar a microrregião. Enquadra-se na Portaria nº 561/2020. Auxiliará também com cirurgias médica complexidade.
ITURAMA	2201542	HOSPITAL MUNICIPAL DELFINA ALVES BARBOSA	Não inserido		13	0	-	-	0	8	Fortalecer a contra referência e aprimorar a sua resolutividade. Apoio como longa permanência e internações clínicas.
ITURAMA	0105619	HOSPITAL DE CAMPANHA	Não inserido		30	-	-	-	-	-	Retaguarda de leitos clínicos COVID (unidade hospitalar instalada em prédio destinado originalmente para uma UPA – ainda não havia iniciado funcionamento)

#### MICRORREGIÃO DE UBERABA

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Nº de Leitos				Leitos Privados UTI	Leitos Outras Especialidades	Observação
					SUS		Ampliação				
					Clínicos	UTI	Clínicos	UTI			
SACRAMENTO	2109034	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SACRAMENTO	Retaguarda não-COVID média complexidade		15	0	-	-	0	36	Apoio e retaguarda de parto de risco habitual, ortopedia, clínica médica e contra referência de média complexidade.
CONQUISTA	2164493	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CONQUISTA	Não inserido		11	0	-	-	0	4	Fortalecer a contra referência e aprimorar a sua resolutividade e leitos clínicos não COVID.
UBERABA	2164795	HOSPITAL DA CRIANÇA			20	0	14 pediátrico COVID	10	0	18	Retaguarda COVID média e baixa complexidade

CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS	5844843	FUNDAÇÃO HOSPITALAR MUNICIPAL JÃO HENRIQUE	Retaguarda não-COVID média complexidade.		7	0	-	-	0	15	Parto de risco habitual, baixa e média complexidade nas seguintes especialidades cirurgia geral e ortopedia. Fortalecer contra referência para auxiliar a microrregião.
UBERABA	2165058	HOSPITAL DOUTOR HELIO ANGOTTI	Não inserido		36	8	-	-	0	47	Somente oncologia
UBERABA	2206595	HOSPITAL DE CLINICAS DA UFTM	Retaguarda não-COVID Média e Alta complexidade		90	20	-	-	0	138	Retaguarda de GAR, UTI neonatal e outros casos de alta complexidade.
UBERABA	9141839	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALENCAR	Referência SRAG	1º	56	10	66	52	0	0	Referência de SRAG para a microrregião de Uberaba e Frutal/Iturama
UBERABA	2195585	CLINICAS INTEGRADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO	Referência SRAG	2º	28	10	-	-	6	133	2ª Referência COVID para a microrregião de Uberaba e Frutal/Iturama. Referência de parto de risco habitual.
UBERABA		HOSPITAL SÃO JOSÉ			49	0	0	0	0		Retaguarda de longa permanência/ leitos clínicos para COVID.
UBERABA		HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	Retaguarda não-COVID baixa complexidade		3	0	-	-	0	33	Retaguarda não-COVID longa permanência para as UPA de Uberaba.

Fonte: Superintendências e Gerências Regionais de Saúde/SES-MG. 2020.

Sucessivamente, foram realizadas análises técnicas dos quadros acima, buscando identificar cumprimento das premissas e eventuais questões específicas que necessitavam de manifestação técnica. Após apreciação conjunta pelos segmentos SES/MG e COSEMS/MG, foi emitida análise técnica com manifestação final sobre o instrumento macrorregional de organização assistencial, conforme ilustrado abaixo (Figura 8).

Figura 8 – Parecer Técnico sobre organização da atenção na Macrorregião Triângulo do Sul.

<b>ANÁLISE TÉCNICA DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO SUL</b>
<b>INSTITUIÇÕES RESPONSÁVEIS PELA ANÁLISE: SES/MG e COSEMS/MG</b>
<b>BASE LEGAL/LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA QUE FUNDAMENTA O PARECER TÉCNICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;</li> <li>- Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;</li> <li>- Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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 e dá outras providências;</li> <li>- Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020, que declara SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA em Saúde Pública no Estado em razão de surto de doença respiratória – 1.5.1.1.0 – Coronavírus e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020;</li> <li>- Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020, que reconhece o estado de calamidade pública decorrente da pandemia causada pelo agente Coronavírus (COVID-19);</li> <li>- Portaria MS/GM nº 395, de 16 de março de 2020, que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19;</li> <li>- Portaria MS/SAES nº 237, de 18 de março de 2020, que inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19;</li> <li>- Portaria MS/GM nº 414, de 18 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;</li> <li>- Portaria MS/SAES nº 245, de 24 de março de 2020, que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pelo COVID-19;</li> <li>- Portaria MS/GM nº 561, de 26 de março de 2020, que autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte (HPP) para cuidados prolongados;</li> <li>- Portaria MS/GM nº 568, de 26 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de</li> </ul>

Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a COVID-19;

- Portaria MS/GM nº 662, de 01 de abril de 2020, que estabelece regras de forma excepcional -para as transferências de recursos do Bloco de Custeio - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC pelo período de 90 (noventa) dias;

- Portaria MS/GM nº 774, de 09 de abril de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19; e

- a metodologia e as premissas utilizadas na análise realizada pela equipe técnica SES/MG e COSEMS/MG, nos termos amplamente divulgados aos interessados por meio de videoconferências, reuniões e documentos digitais.

- Edital Credenciamento Nº 001/2020 de UTI do Estado de Minas Gerais; e

- a metodologia e as premissas validadas pelo COES, utilizadas na análise realizada pela equipe técnica SES/MG e COSEMS/MG, nos termos amplamente divulgados aos interessados por meio de videoconferências, reuniões e documentos digitais.

## DEVOLUTIVA DA ANÁLISE TÉCNICA:

### 1. Leitos Clínicos e Leitos de UTI

Para subsidiar a construção dos Planos de Contingência Operativos Macrorregionais, foi estimado o número de casos para cada macrorregião, a partir da evolução dos casos notificados e confirmados no Brasil e Minas Gerais desde a data de início da pandemia até a data de realização da projeção. Essas projeções são dinâmicas e realizadas periodicamente - até o momento foram realizadas 05 estimativas: a) 16/03/2020; b) 31/03/2020; c) 06/04/2020; d) 14/04/2020 e 21/04/2020 que vem demonstrando achatamento da curva de novos casos.

Para elaboração desse documento, foi utilizada a projeção do dia 30/03/2020 que corresponde à segunda estimativa realizada.

O número necessário de leitos é passível de alterações em virtude do transcorrer da pandemia no Estado de Minas Gerais e na Macrorregião referida.

Informamos que na coluna de leitos disponíveis está somado o número de leitos já existentes/habilitados que estão disponibilizados para o COVID acrescidos os leitos aptos para ampliação (sem pendências de equipamentos). Na coluna de leitos de ampliação, foram inseridas as propostas de ampliação com pendências de equipamentos. Ressaltamos a necessidade de acrescentarem as informações detalhadas dos leitos clínicos e de UTI pediátrica nas próximas revisões dos planos de contingência.

Tabela 1: Estimativa de leitos necessários (leitos clínicos e de terapia intensiva).

Síntese	Leitos Clínicos	Leitos de UTI
Número de leitos necessários	291	117
Número de leitos disponíveis	255	34
<b>Déficit/superávit atual</b>	<b>-36</b>	<b>-83</b>
Número de leitos passíveis de ampliação	179	124

Déficit/superávit com ampliação	+143	+41
---------------------------------	------	-----

CODMICRO	MICRO	Estimativa de leitos necessários para atendimento à pacientes COVID	
		LEITOS CLINICOS	LEITOS DE UTI
31070	Araxá	70	28
31071	Frutal/Iturama	67	27
31072	Uberaba	154	62

No plano de contingência são elencadas instituições de referência para: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), LC COVID e Retaguardas não-COVID de baixa, média e/ou alta complexidade. Algumas instituições destinarão suas instalações exclusivamente para o atendimento da COVID-19, outras sinalizaram concomitância do atendimento de outras condições clínicas.

Segue abaixo ponderações em relação a cada microrregião de saúde:

**a) Microrregião de Araxá:**

- A Santa Casa de Caridade será a referência SRAG da microrregião disponibilizando 57 leitos clínicos SUS, podendo ampliar até 87 LC. Para suprir o quantitativo para a demanda da microrregião, será necessário a ampliação de apenas 13 leitos clínicos. Possui 14 leitos UTI disponíveis, com possibilidade de ampliação de mais 52 UTI. Para suprir o quantitativo para a demanda da microrregião, será necessário a ampliação de apenas 14 leitos de UTI.

Com a proposta de ampliação de leitos clínicos e UTI COVID no Santa Casa de Misericórdia, essa quantidade será bem superior a necessidade da microrregião. Portanto, será informado ao MS, nesse momento, a ampliação de somente 13 leitos clínicos e 14 de UTI COVID. Fortalecer a proposta de ampliação desses leitos e verificar a possível data de disponibilização dos mesmos.

Informar, no campo de observações da apresentação, quantos leitos de UTI COVID pediátricos serão disponibilizados no Hospital Santa Casa de Misericórdia.

- Os hospitais Retaguarda Não COVID, deverão quantificar os leitos clínicos e de UTI que estarão disponíveis para o SUS para receberem os pacientes dos hospitais de referência SRAG e/ou Leitos Clínicos COVID.

Leitos	Nº de Leitos necessários para atendimento à pacientes COVID	Nº de leitos disponíveis para COVID	Déficit/Superávit atual	Nº de leitos para ampliação (COVID)	Déficit/Superávit com ampliação
Clínicos	70	57	-13	87	+74
UTI	28	14	-14	52	+38

### Microrregião de Frutal/Iturama

- Hospital Municipal Frei Gabriel e no Hospital de Campanha serão referência para leitos clínicos COVID. Verificar a necessidade de ampliação, nesse momento, dos 12 leitos clínicos no Hospital Frei Gabriel, dependendo do quantitativo de leitos a ser disponibilizado pelo Hospital de Campanha.
- Há um déficit de 27 leitos de UTI COVID. A proposta de ampliação de leitos de UTI COVID no Hospital Municipal Frei Gabriel, não será suficiente para atender a demanda da microrregião (déficit de 17 leitos) portanto, deve-se discutir novamente para tentar viabilizar a ampliação de 17 de leitos UTI COVID dentro dessa microrregião.

O município de Uberaba, por ser polo da macrorregião, e já ter se organizado com a estruturação de Leitos de UTI poderá suprir a necessidade da microrregião de Frutal/Iturama até que consiga se estruturar para responder a sua demanda.

Caso não se efetive a oferta dos leitos de UTI em Uberaba, verificar a viabilidade da oferta pela Santa Casa de Araxá, que apontou a possibilidade de uma ampliação maior do que a necessidade de sua microrregião.

Os hospitais SRAG deverão quantificar os Leito de UTI que estão sendo disponibilizados para atendimento adulto e pediátrico separadamente no campo das observações.

Leitos	Nº de Leitos necessários para atendimento à pacientes COVID	Nº de leitos disponíveis para COVID	Déficit/Superávit atual	Nº de leitos para ampliação (COVID)	Déficit/Superávit com ampliação
Clínicos	67	45	-22	12	-10
UTI	27	0	-27	10	-17

### Microrregião de Uberaba

- A Microrregião de Uberaba está ofertando 153 LC, sendo 20 pediátricos e 20 leitos de UTI. Com a proposta de ampliação de leitos clínico e UTI COVID, haverá superávit de leitos clínicos (79 leitos) e de UTI COVID (20 leitos).
- Para os hospitais Hospital Regional José Alencar não é necessário toda a ampliação, nesse momento, dos leitos clínicos propostos, somente 21 serão suficientes para suprir a demanda da microrregião. Em contrapartida, a proposta de ampliação dos 52 leitos de UTI COVID no Hospital Regional José Alencar serão informados ao MS, uma vez que, o superávit de 10 leitos de UTI pode ser necessário em algum momento do pico da pandemia para apoiar a microrregião de Frutal/Iturama.

Os hospitais SRAG deverão quantificar os Leito de UTI que estão sendo disponibilizados para atendimento adulto e pediátrico separadamente no campo das observações.

Leitos	Nº de Leitos necessários para atendimento à pacientes COVID	Nº de leitos disponíveis para COVID	Déficit/Superávit atual	Nº de leitos para ampliação (COVID)	Déficit/Superávit com ampliação
Clínicos	154	153	-1	80	+79
UTI	62	20	-42	62	+20

\* Dos 153 leitos clínicos disponíveis, 20 são pediátricos. Dos 80 leitos clínicos para expansão, 14 são pediátricos

Na análise da Macrorregião Triângulo do Sul, tabela 1, por essa estimativa, há necessidade de 291 leitos clínicos e 117 leitos de UTI para enfrentamento a COVID 19. Após a análise técnica das madrinhas com anuência das representantes das instituições SES/MG e COSEMS/MG demonstra-se a existência de 255 leitos clínicos e 34 leitos de UTI disponíveis para a COVID nessa macrorregião. Atualmente há déficit de 36 leitos clínicos e de 83 leitos de UTI COVID. Com a proposta de ampliação de 179 leitos clínicos e 124 leitos de UTI COVID, haverá superávit de 143 leitos clínicos e de 41 leitos de UTI COVID. Esses leitos poderão ser ampliados conforme evolução da pandemia na macrorregião.

#### Considerações Gerais:

- Para toda instituição caracterizada **no plano como híbrida** (será referência SRAG e atenderá a outras demandas) e que for destinada as instalações para pacientes suspeitos/confirmados de COVID e não-COVID, **deverá ser inserido no SEI um documento atestando que as áreas serão isoladas e independentes** (a inserção desse documento ocorrerá após a emissão de um Nota Técnica pelo COES Estadual), destacando quantos serão os leitos clínicos e/ou de UTI destinados para o COVID e para as demais demandas.
- **Os hospitais retaguarda não COVID-19** devem estar com os seus papéis bem definidos no território e no Plano de Contingência Macrorregional versão 2.0 deve estar apontado em quais atendimentos/especialidades eles darão retaguarda, aumentando ou iniciando nova oferta.
- Todos os hospitais definidos no Plano como “Retaguarda não-COVID de baixa/média complexidade” **elegíveis pela Portaria 561/2020** deverão destinar 100% dos seus leitos existentes como retaguarda, conforme cadastro no CNES na Competência Fevereiro/2020. Para efetivar a habilitação junto ao Ministério da Saúde, o gestor da instituição e o gestor local deverão enviar ofício explicitando o papel assistencial da instituição na região, discriminando as especialidades que serão atendidas como retaguarda e para quais municípios ou regiões. Tal ofício deve constar: 1. o estabelecimento hospitalar com o seu respectivo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES e Código IBGE; 2. o quantitativo de leitos existentes; e 3. declaração que possui RH disponível para o funcionamento dos leitos, nos moldes do Anexo II da NOTA INFORMATIVA SES/SUBPAS-SRAS 1124/2020.
- A Unidade Regional de Saúde deve orientar que os gestores locais articulem com as instituições de saúde complementar para informarem o número de leitos privados por instituição, para que possam identificar a capacidade de absorção de atendimentos em leitos clínicos e de UTI na Macrorregião, dado que a estimativa de casos no momento do pico, considerou a

incidência sobre população total. Deves-e inserir um memorando por Unidade Regional de Saúde informando o nome de cada instituição e respectivo quantitativo de leitos clínicos e de UTI separados para o atendimento de pacientes com suspeita de COVID-19.

- Todos os leitos de UTI COVID que já estão disponíveis e que seguirão para habilitação no Ministério da Saúde precisam estar **cadastrados no CNES e no SUSFácilMG**.
- As Unidades Regionais devem verificar também se ofícios de habilitação de UTI COVID já inseridos no SEI deverão estar condizentes com os números de leitos de UTI contidos nesse documento, caso contrário, deverão solicitar que sejam retificados. Tais documentos devem seguir os moldes do Anexo III da NOTA INFORMATIVA SES/SUBPAS-SRAS 1124/2020.
- Durante as análises técnicas foi identificado que vários estabelecimentos estavam com número de leitos no CNES divergentes dos apresentados, tais informações devem ser obrigatoriamente atualizadas.
- Destacada a importância de que os **hospitais de campanha sejam devidamente regularizados junto ao CNES** e tenham os leitos disponibilizados no SUSFácilMG e que sejam buscadas parcerias para sua implantação. Essa regularização é importante para a habilitação desses leitos junto ao Ministério da Saúde.
- Foi sugerido que os municípios/hospitais façam parcerias a fim de adquirir os equipamentos necessários como, por exemplo, empresas locais, iniciativa privada e emendas parlamentares.
- As Microrregiões que não identificaram nenhuma instituição potencial para assumir a referência SRAG, o território deve organizar o sistema de transporte desses pacientes ao município de referência, considerando a possibilidade de agravamento do quadro clínico do paciente.
- Após análise das devolutivas contidas nesse memorando, faz-se necessário atualizar o Plano de Contingência Macrorregional, versão 2.0, e inserir no SEI específico da macrorregião. Destaca-se que os planos são dinâmicos e aprimoramentos podem ser feitos constantemente.
- Para os casos em que o planejamento de ampliação extrapola a necessidade estimada, é preciso rever o planejamento a luz do transcorrer da pandemia no Estado.
- Em relação aos hospitais que não serão referência SRAG exclusiva (mistos), na coluna Leitos SUS (Clínicos e UTI), deve ser informado o número de leitos que serão disponibilizados para atendimento COVID
- Instituições que apresentaram apenas disponibilização/ampliação de leitos de UTI, é preciso observar as orientações do Ministério da Saúde quanto a relação entre leitos de UTI e leitos clínicos (mínimo de 2 leitos clínicos para cada leito de UTI).
- Para os estabelecimentos que sinalizaram capacidade de ampliação de leitos de UTI inferior a 5 leitos, orienta-se submetê-los ao credenciamento estadual.
- Ressalta-se que os fluxos assistenciais poderão sofrer alteração, dessa forma, deverão ser discutidos e oficializados para todos os gestores municipais de saúde.

**Em toda a macrorregião não foi possível identificar o quantitativo necessário de leitos de UTI (déficit de 83 leitos) e leitos clínicos (déficit de 36 leitos) para o enfrentamento da Pandemia do COVID-19, como pode ser verificado na tabela 1. Com a proposta de ampliação, haverá um superávit tanto de leitos clínicos (143 LC), quanto de leitos de UTI (41 leitos), se efetivados.**

Além disso, será necessário um pacto para a retaguarda de alta complexidade da região, para além das pactuações e cotas de rotina, já que as microrregiões não tem capacidade de atender as demandas de alta complexidade usuais e absorver o atendimento dos casos estimados de COVID-19.



**A solicitação de habilitação de novos leitos somente será feita após a efetiva disponibilização desses leitos para atendimento aos casos de COVID-19.**

**É importante enfatizar que será preciso organizar a rede hospitalar de toda Macrorregião Triângulo do Sul e prever mudanças nos fluxos assistenciais dos hospitais de referência SRAG e/ou Leitos clínicos para os hospitais Retaguarda Não-COVID para que não haja desassistência das necessidades de saúde da população relacionadas aos casos clínicos não COVID.**

Desde já reforçamos o importante papel desempenhado pelo nível regional da SES/MG, COSEMS regional, gestores municipais e instituições hospitalares no enfrentamento da pandemia da COVID-19 na Macrorregião Jequitinhonha do Estado de Minas Gerais e nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos.

Fonte: Documento extraído do Sistema Eletrônico de Informações (SEI!). 2020.

A partir da publicação deste instrumento, para as macrorregiões em que foram apontadas necessidades de adequações/ajustes e considerando a necessidade premente de credenciamento de leitos clínicos e de UTI, bem como outras ações complementares, é importante que o território supere as pendências apontadas. Esta revisão conduzirá à publicação deste instrumento atualizado e poderá ser novamente modificado toda vez que houver necessidade de alterar o papel de quaisquer instituições hospitalares.

## V. SISTEMAS DE APOIO

### V.1. Papeis e responsabilidades relativos à gestão de leitos e ao processo regulatório

#### Prestadores Hospitalares referência ou não para COVID-19:

- I. Manter os dados de ocupação dos leitos atualizados, alimentando os censos de ocupação hospitalar e os mapas de leitos do SUSFácilMG;
- II. Os prestadores de referência micro, macrorregional ou estadual devem instituir Núcleo Interno de Regulação, ou estrutura análoga, para: i) monitoramento da ocupação dos leitos; ii) indução de estratégias para aumento do giro de leitos; iii) criação de mecanismos da resposta tempestiva às solicitações da Central de Regulação; e iv) garantia da fidedignidade das informações relativas a ocupação hospitalar;
- III. Os prestadores, classificados como de baixa complexidade ou HPP, deverão indicar um profissional médico ou enfermeiro que será o ponto focal na instituição para: i) o monitoramento da ocupação dos leitos; ii) criação de mecanismos da resposta tempestiva às solicitações da Central de Regulação; e iii) garantia da fidedignidade das informações relativas a ocupação hospitalar;
- IV. Acatar as diretrizes e atribuições assistenciais definidas neste Plano de Contingência;  
e
- V. Receber prontamente os pacientes encaminhados pela Central de Regulação.

#### Gestores municipais:

- I. Alimentar o sistema de notificação SISVEP/Gripe e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
- II. Criar mecanismos para que os prestadores cumpram seu papel assistencial definido neste Plano de Contingência;
- III. Garantir a gestão intra-hospitalar adequada dos leitos;
- IV. Garantir a fidedignidade e tempestividade das informações relativas a ocupação de leitos hospitalares do seu território; e

- V. Para os que detêm gestão dos prestadores, ajustar os instrumentos jurídicos de contratação para adequado cumprimento do papel do prestador para enfrentamento da pandemia, assim como possibilitar a remuneração para tal fim.

#### **Regulação Assistencial Estadual:**

- I. Definir a prioridade das demandas de internação de forma isenta e utilizando-se de critérios técnico-assistenciais;
- II. Atuar de forma remota em todo o território estadual; e
- III. Mediar a internação hospitalar dos pacientes, de acordo com sua necessidade assistencial, em qualquer leito SUS no Estado e, em casos, excepcionais, de acordo com a prioridade clínica, na rede suplementar.

### **V.2. Transporte em Saúde**

O transporte em saúde é parte importante da estruturação do Plano de Contingência Operativo Macrorregional e, para possibilitar sua organização, devem ser observadas as orientações para cada tipo de transporte em saúde.

#### **Transporte Sanitário Eletivo:**

Destina-se ao deslocamento programado de usuários do SUS/MG que necessitam realizar procedimentos de caráter eletivo e de profissionais em atividades estratégicas, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência.

Este transporte, de responsabilidade municipal, deve contar com motorista e agente de bordo (se veículos com mais de 12 assentos) e não é indicado para o transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-COV-2.

Caso seja imprescindível o deslocamento do usuário e a utilização do transporte sanitário eletivo para a remoção de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID-19, assintomáticos ou com sintomatologia leve/moderada, os pacientes e seus acompanhantes, bem como os motoristas e agentes de bordo (quando presentes) devem, obrigatoriamente, utilizar máscara cirúrgica e seguir as recomendações para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (COVID-2019), conforme recomendações técnicas.

Se utilizado micro-ônibus ou vans, recomenda-se limitar a 50% a capacidade de passageiros sentados. Após o transporte, devem ser tomadas todas as medidas de limpeza e desinfecção do veículo, conforme recomendações técnicas.

#### **Fluxo e acionamento do transporte de urgência:**

É necessário evitar o transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Contudo, em situações em que a remoção desses pacientes seja indicada pela Central de Regulação de Leitos, a definição do tipo de ambulância que fará o transporte depende da avaliação da condição clínica do paciente. Em todos os casos, a remoção deve ocorrer apenas após a regulação do leito e, durante o transporte, o paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 (e seu acompanhante, se houver), bem como profissionais de saúde e motorista, devem, obrigatoriamente, utilizar máscara cirúrgica e seguir as outras medidas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus, conforme recomendações técnicas.

#### **Assistência Pré-Hospitalar:**

##### **❖ Serviços de Atendimento Móvel de Urgência**

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), caracterizam-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes. O acionamento do SAMU 192 para os casos de suspeita de COVID-19 consiste no transporte de casos sintomáticos (com sintoma respiratório) visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas. Deste modo, o SAMU visa prestar a assistência pré-hospitalar, fazendo a ligação entre o paciente e o hospital, UPA e outros serviços da rede de urgência.

Durante o chamado telefônico para Central do SAMU, cabe ao profissional que recebeu a ligação prestar as devidas orientações médicas e de isolamento até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência.

Deve-se orientar a importância do isolamento domiciliar, que poderá ser realizado em casos leves, como definido no Protocolo Estadual Infecção Humana pelo SARS-COV-2 (Doença pelo Coronavírus COVID-19), evitando assim a busca de serviço de urgência emergência de forma desnecessária, sendo um fator importante na redução de possibilidades de disseminação do vírus.

#### ❖ **Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais**

Nas regiões em que os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência não estão presentes, o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) será responsável por fazer o atendimento pré-hospitalar dos casos suspeitos/ confirmados de COVID-19.

Ressalta-se a relevância de orientar quanto ao distanciamento social e isolamento domiciliar, que poderá ser realizado em casos leves, como definido no Protocolo Estadual Infecção Humana pelo SARS-COV-2 (Doença pelo Coronavírus COVID-19).

#### **Transporte Inter-Hospitalar:**

##### ❖ **Transporte terrestre**

Para transferências inter-hospitalares com deslocamento terrestre, em que não há necessidade de suporte avançado de vida, deverá ser seguido o fluxo vigente nos territórios, no qual compete ao município/instituição de origem as providências para o transporte do paciente até o estabelecimento de destino ou retorno ao domicílio pós-alta.

É importante destacar que, em função da necessidade de um número elevado de leitos para o enfrentamento da pandemia por COVID-19, é importante que o município de origem se organize para o transporte de alta de seus munícipes de forma célere, não sendo admitido tempo de permanência nos hospitais superior a 3 horas após a alta. Cabe ao estabelecimento avisar em tempo hábil ao município de residência para que não haja o atraso nas altas.

Caso haja necessidade de transporte do paciente hospitalizado, após a internação do paciente em outro município que não seja o de domicílio, tal transporte fica a cargo do estabelecimento em que o paciente está internado.

Quando a condição clínica do paciente exigir suporte avançado de vida (UTI móvel terrestre) será seguido o fluxo atualmente em vigor, conforme Deliberações CIB-SUS/MG nº 2.352/16 e Deliberações CIB-SUS/MG nº 2.527/17.

Durante o pico de casos da pandemia de COVID-19, em situações excepcionais em que todas as unidades de transporte estiverem empenhadas em transportes, a Central de Regulação de Leitos acionará o serviço de UTI móvel terrestre contratado, após definição de estabelecimento de destino.

#### ❖ Transporte Aéreo

Nos casos de transferência inter-hospitalar, com gravidade clínica e necessidade de transporte aéreo, o médico regulador da Central de Regulação de Leitos (SUSFácilMG), ao receber o pedido de remoção aérea, o encaminhará imediatamente para a equipe médica do Batalhão de Operações Aéreas do Corpo de Bombeiros (BOA), que fará a regulação da demanda, de acordo com o disposto na Resolução SES/MG nº 5.741, de 30 de maio de 2017.

Na hipótese do BOA estar indisponível para a realização do transporte inter-hospitalar, poderá ser acionada a utilização da esquadrilha do Comando de Aviação do Estado da Polícia Militar de Minas Gerais (COMAVE/PMMG) para o atendimento às necessidades de transporte aéreo, sendo necessário que a instituição de saúde em que se encontra o paciente disponibilize profissionais e equipamentos de saúde para viabilizar o transporte.

Além dessas questões, devem também ser observadas as disposições da Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 16, datada de 30 de março de 2020, que traz orientações da Vigilância Sanitária para os serviços de transporte sanitário público de pacientes em hemodiálise durante a pandemia da COVID-19.

### V.3. Vigilância Laboratorial

O suporte laboratorial é outra linha de ação importante para diagnóstico dos casos, devendo ser realizado em tempo oportuno e com qualidade técnica.

Sobre a vigilância laboratorial, cabe destacar o documento de Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 nº 04/2020, datado de 06 de maio de 2020, que determina que a doença causada pelo COVID-19 constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, assim, todo caso é de notificação compulsória imediata, ou seja, deve ser comunicado por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG nº 6.532/2018. Sendo assim, haverá situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual, os casos leves serão classificados como Síndrome Gripal e os casos graves e internados serão classificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave. Essas notificações devem ser realizadas seguindo os fluxos abaixo:

- ❖ **Casos leves de Síndrome Gripal:** deverão ser notificados no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login> utilizando dados do instrumento online.
  
- ❖ **Casos graves e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave:** deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo de março de 2020). Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra a mesma ficha.
  
- ❖ **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que serão implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a: Casos individuais; Atendimentos de Síndrome Gripal; Internações; Coleta de amostras. Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS VE.
  
- ❖ **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas:** notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net (CID J06). Planilha de Notificação de Surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.

Esse mesmo documento alerta as situações (no momento atual) em que serão realizados testes laboratoriais para detecção do COVID-19:

- ❖ Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- ❖ TODOS os casos de SRAG hospitalizados;
- ❖ TODOS os óbitos suspeitos;
- ❖ Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta);
- ❖ Profissionais de segurança pública sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido);
- ❖ Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (exemplo, asilos, hospitais, entre outros); e

- ❖ Público privado de liberdade e adolescentes em cumprimento de medida restritiva ou privativa de liberdade, ambos sintomáticos.

É extremamente importante que **todos os envolvidos tenham conhecimento das situações com indicação para coleta de amostras e testagem para COVID-19 e acompanhem as atualizações técnicas.**

Ainda sobre esse tema, há várias Notas Técnicas que buscam regulamentar a vigilância laboratorial no Estado de Minas Gerais, devendo ser seguidas as orientações vigentes e vindouras.

Segue abaixo listagem de Notas Técnicas já editadas e acessíveis pelo hotsite coronavírus:

- I. Nota Técnica nº 30 - Atualização técnica COES MINAS COVID-19 e FUNED/IOM sobre as instruções para coleta de amostras para o diagnóstico de coronavírus e outros vírus respiratórios;
- II. Nota Técnica nº 29 - Orientações sobre a utilização de laudos diagnóstico de COVID-19 emitidos por Laboratórios Privados pela Vigilância Epidemiológica de Minas Gerais;
- III. Nota Técnica nº 26 - Proposta de Ampliação da RELSP no contexto do enfrentamento ao COVID-19;
- IV. Nota Técnica nº 25 - Orientação sobre a distribuição de testes rápidos e recomendação dos grupos prioritários para realização dos testes;
- V. Nota Técnica nº 18 - Orientações sobre a utilização de testes rápidos para fins diagnósticos e de investigação epidemiológica; e
- VI. Nota Técnica nº 4 - Orientações sobre o fluxo dos profissionais que atuam no transporte de amostras para diagnóstico encaminhadas pelas Unidades Regionais de Saúde (URS) ao município de Belo Horizonte.



## VI. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os Planos de Contingência Operativos das Macrorregiões, como ressaltado inicialmente, constituem-se documentos acessórios e complementares ao Plano de Contingência Estadual. Os dados e informações eventualmente ausentes ou não abordados neste documento podem ser identificados no documento estadual ou no endereço eletrônico <https://saude.mg.gov.br/coronavirus>.

