PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS VIRAIS EM BELO HORIZONTE

Outubro de 2026 | Belo Horizonte

Elaboração

Bruna Walker Ferreira de Faria – CIEVS

Carla Cecília de Freitas Lázaro Emediato – GVIGE

Hoberdan Oliveira Pereira - GVIGE

Tatiani Oliveira Fereguetti – DPSV

Túlio Gonçalves da Fonseca – DPSV

Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA

Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde - SUPVISA

Colaboradores

Ana Emília de Oliveira Ahouagi - GAFIE

Cristiane Egídio – GERAH

Cristiane Veiga Pinto Azzi - GEAPS

Cynthia Roberta Almeida Andrade Alves – CMDL

Fabiane Scalabrini Pinto – CIEVS

Geralda Eni Rufino de Jesus - GERAE

Isabela Dias Lauar – CIEVS

Laura de Souza Marcelo - GEAPS

Leiliane Rodrigues Magalhães – GEICS

Lívia Cunha Melo - CIEVS

Marcela Nunes Silvério Pimenta - GERAH

Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira - GEURE

Renata Alves Mourão - DAUE

Thais Sena Souza - GEURE

Vânia Maria Andrade da Rocha - GEICS

Viviane Valadares Lamounier - GEAPS

Revisão

Carla Cecília de Freitas Lázaro Emediato – GVIGE

Fabiane Scalabrini Pinto – CIEVS

Túlio Gonçalves da Fonseca – DPSV

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASCOM – Assessoria de Comunicação

ASG – Auxiliar de Serviços Gerais

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CMDL – Centro Municipal de Diagnóstico Laboratorial

COE – Centro de Operações de Emergência em Saúde

CORE Saúde MG – Central de Regulação do Estado de Minas Gerais

CS – Centro de Saúde

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DAUE - Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências

DESA – Diretoria de Educação em Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRA – Doenças Respiratórias Agudas

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

eSF – Equipe de Saúde da Família

FELUMA – Fundação Educacional Lucas Machado

FUNDEP – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

Funed – Fundação Ezequiel Dias

GAERE – Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação

GCOAS – Gerência de Gestão de Contratos Assistenciais

GEICS - Gerência de Integração do Cuidado à Saúde

GERAE – Gerência da Rede Ambulatorial Especializada

GERAH – Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar

GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial

GVIGE – Gerência de Vigilância Epidemiológica

HMOB – Hospital Metropolitano Odilon Behrens

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

LACEN/MG – Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais

NIR – Núcleo Interno de Regulação

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAE – Plano de Ação de Evento

PCP – Plano de Capacidade Plena

PFF2 – Peça Facial Filtrante para partículas, classe 2

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RT-qPCR – Reação em cadeia da polimerase transcrição reversa em tempo real

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS-CoV-2 – Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave

SE – Semana Epidemiológica

SG – Síndrome Gripal

SIGRAH – Sistema de Gestão da Regulação Assistencial Hospitalar

SISREDE – Sistema de Informação da Rede de Atenção à Saúde

SIVEP-Gripe – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDC – Unidade de Decisão Clínica

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URS – Unidade de Referência Secundária

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 8

2. CONTEXTUALIZAÇÃO 9

3. OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA DAS SÍNDROMES GRIPAIS 11

4. HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NO MUNICÍPIO 11

5. DEFINIÇÕES DE CASO 13

5.1 Síndrome Gripal (SG) 13

5.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) 13

5.3 Surto de Síndrome Gripal 13

6. ESTÁGIOS OPERACIONAIS 14

6.1 Indicadores de monitoramento 15

7. AÇÕES DE RESPOSTA 19

7.1. Atenção à Saúde *19*

7.2. Rede de Atenção à Saúde *20*

7.3. Atenção Primária à Saúde (APS) *20*

7.4. Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h *27*

7.5. Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar (GERAH) *30*

7.6. Hospitais e unidades de internação *32*

7.7. Núcleo Interno de Regulação (NIR) *34*

7.8. Laboratório *35*

7.9. Vigilância epidemiológica *36*

7.10. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) *37*

7.11. Imunização *38*

7.12. Assistência Farmacêutica *38*

7.13. Assessoria de Comunicação (ASCOM) *38*

7.14. Gestão 39

8. ACIONAMENTO DA SALA DE SITUAÇÃO E DO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE 39

9. DECRETO DE EMERGÊNCIA 42

10. DESMOBILIZAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA 43

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **48**

ANEXOS **50**

ANEXO I - Protocolos assistenciais **50**

ANEXO II - Framework de desmobilização do plano de contingência para enfrentamento das doenças respiratórias virais **51**

ANEXO III - Roteiro estruturado para preparação e condução da sala de situação **54**

1 INTRODUÇÃO

O presente plano de contingência aborda aspectos da vigilância em saúde, assistência, regulação, comunicação e gestão, relacionados a possíveis emergências causadas por quadros respiratórios ocasionados pelos vírus influenza, SARS-CoV-2 e vários outros vírus respiratórios. Os indicadores utilizados para o monitoramento subsidiam as estratégias de preparação e enfrentamento de situações de emergências.

O plano tem por objetivos:

- definir os dados dos diferentes setores da saúde que serão norteadores do monitoramento e reconhecimento situacional para uma adequada tomada de decisão e consequente desencadeamento de ações visando minimizar os efeitos de morbimortalidade na população;
- organizar as orientações detalhadas para preparação e respostas cadenciadas dos diversos setores envolvidos no enfrentamento da possível emergência;
- fortalecer a articulação e colaboração intersetoriais e interinstitucionais, visando à integralidade, equidade e efetividade das ações para enfrentamento da epidemia;
- monitorar, avaliar e intervir na morbimortalidade por meio do uso otimizado dos recursos das redes de saúde;
- prevenir, mitigar ou reduzir a disseminação dos vírus respiratórios com potencial para causar dano à população e ao sistema de saúde por meio da identificação precoce dos vírus circulantes e da implementação de estratégias contingenciais de prevenção e controle propostas no plano;
- possibilitar ações para garantir e ampliar a assistência à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A rede de vigilância de vírus respiratórios, estabelecida no Brasil desde o ano 2000, tem como foco a identificação e o monitoramento da circulação dos vírus respiratórios de importância em saúde pública, com a finalidade de embasar as ações de prevenção e de controle das doenças respiratórias. Além dos vírus influenza e mais recentemente do SARS-CoV-2, causador da pandemia da Covid-19, as infecções respiratórias agudas podem estar associadas a diferentes patógenos, como vírus sincicial respiratório (VSR), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, entre outros. Entretanto, independentemente da etiologia, as infecções por vírus respiratórios geralmente apresentam um quadro clínico muito semelhante, de modo que a confirmação da identificação etiológica se baseia no diagnóstico laboratorial.

O monitoramento desses vírus acontece por meio da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância universal de casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados. Com a pandemia de Covid-19, foi acrescentada a vigilância universal de casos de SG pelo vírus SARS-CoV-2.

Durante certos períodos do ano, alguns vírus respiratórios podem apresentar maior circulação, como ocorre com o vírus influenza e o VSR durante outono e inverno. Os vírus respiratórios causam infecções que podem variar de sintomas leves até quadros mais graves, levando a diversas complicações e até mesmo ao óbito.

A ocorrência de casos de gripe por influenza sazonal continua sendo um problema de saúde pública, juntamente com a real possibilidade de uma nova pandemia por influenza de novo subtipo viral. Sabendo-se da capacidade de rápida disseminação global do vírus devido à sua transmissibilidade, a população mundial está bastante vulnerável a esta doença e suas consequências.

Assim como os demais vírus respiratórios, o SARS-CoV-2 continua circulando durante todos os períodos do ano, com padrão de circulação ainda não definido. Sua dinâmica de transmissão é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo a mobilidade da população e sua alta taxa de transmissibilidade. Esses elementos interagem de forma complexa, resultando em aumentos abruptos de casos e a ocorrência de surtos em diferentes momentos do ano. Como visto com outros vírus respiratórios, a exemplo do influenza, essa variabilidade sazonal pode desencadear picos de infecções, refletindo diretamente no número de casos.

Nesse contexto, é importante que as autoridades de saúde pública em todas as esferas de gestão estejam preparadas para detectar a alteração e responder rapidamente de forma eficaz a essas flutuações, implementando medidas de controle e prevenção que atendam às necessidades específicas de cada situação.

O aumento de casos de SG e SRAG por vírus respiratórios de importância em saúde pública levam a aumento progressivo da demanda por atendimentos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este aumento requer direcionamento de esforços para reorganização dos serviços, implementação de estratégias contingenciais, especialmente no âmbito da assistência à saúde, tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada de Urgência e Emergência. Assim, é importante que a RAS local esteja adequadamente preparada para atender de forma oportuna e coordenada a crescente demanda por atendimento nos serviços de saúde. A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para fortalecer a resposta diante desse desafio.

A atividade de controle e prevenção mais efetiva para alguns vírus respiratórios (vírus influenza e SARS-CoV-2) é a vacinação, que contribui para redução da circulação viral na população, protegendo especialmente os indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco. A recente incorporação da vacina contra VSR para gestantes e do anticorpo monoclonal nirsevimabe ao SUS, para crianças de alto risco para infecção pelo vírus sincicial respiratório, também objetiva a redução de infecções e complicações para esse grupo alvo. Essas estratégias resultam na redução das infecções, abrandamento dos casos e especialmente diminuição de formas graves e dos óbitos.

A análise do comportamento temporal dos atendimentos adulto e pediátrico relacionados a agravos respiratórios na rede municipal de saúde evidencia variações significativas ao longo do ano, mas com padrão sazonal bem definido em Belo Horizonte, com início do crescimento no final do verão, pico no outono-inverno e queda gradual na primavera. A consolidação dos dados por semana epidemiológica permite compreender de forma mais precisa o impacto desses agravos sobre os diferentes níveis de atenção à saúde, subsidiando o planejamento antecipado e a adoção de medidas oportunas para garantir a continuidade e a resolutividade da assistência.

3 OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA DAS SÍNDROMES GRIPAIS

A vigilância das síndromes gripais é um processo contínuo, que ocorre independentemente da sazonalidade dos vírus respiratórios, e tem como objetivos:

- identificar e monitorar a circulação do vírus influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios no município;
- monitorar o perfil epidemiológico e de gravidade dos casos com infecções por vírus respiratórios para orientar os gestores no planejamento e na implementação de ações;
- conhecer a patogenicidade e a virulência dos vírus para adequação de protocolos de tratamento e manejo clínico;
- identificar e responder de forma oportuna a situações inusitadas (surtos, epidemias e pandemias);
- antecipar e mitigar a sobrecarga dos serviços de saúde durante períodos sazonais;
- organizar fluxos assistenciais entre os diferentes níveis de atenção;
- monitorar continuamente indicadores estratégicos para tomada de decisão;
- contribuir com a composição da vacina contra influenza, com envio oportuno de espécimes virais ao Centro Colaborador de Influenza de referência nas Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS);
- detectar e oferecer resposta rápida diante da identificação de novos subtipos virais de influenza;
- disponibilizar, de maneira oportuna, as informações laboratoriais e epidemiológicas aos gestores para subsidiar as ações de preparo, resposta e tomada de decisão.

4 HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NO MUNICÍPIO

Em 2009, o Brasil viveu um momento de alerta devido ao ressurgimento da cepa Influenza A H1N1, responsável por grande aumento de casos de infecções respiratórias, devido ao seu potencial pandêmico. Nesse contexto, o município de Belo Horizonte instituiu uma parceria entre as Gerências de Urgência e Emergência, de Assistência e de Vigilância em Saúde com o objetivo de monitorar os casos e mitigar os efeitos da pandemia. Essa parceria se consolidou em 2009 e foi ampliada em 2011 com a vigilância

intensificada de vírus respiratórios de Belo Horizonte. No fim deste ano, esta vigilância foi fortalecida com a publicação da Portaria Nº 2693 do MS de 17 de novembro de 2011 (republicada em 26 de abril de 2012), que estabeleceu mecanismos de repasse financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica da influenza. Em 30 de janeiro de 2014, houve a publicação da Portaria nº 183, que revogou as portarias acima citadas, mas manteve as orientações técnicas e os repasses financeiros para o serviço sentinela da influenza.

A partir disso, em 2012, Belo Horizonte implantou unidades sentinelas para vigilância da SRAG e da SG em serviços de pronto atendimento. Manteve-se a notificação universal e imediata de SRAG de casos hospitalizados e óbitos. As unidades sentinelas de SRAG são, desde 2012, o Hospital Risoleta Tolentino Neves, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, a Santa Casa de Belo Horizonte incluindo o Hospital São Lucas e o Complexo Hospitalar São Francisco de Assis. A vigilância sentinela de SG incluía, desde 2012, as UPAs Barreiro, Leste, Norte, Oeste e Venda Nova. A partir de 2022, essa vigilância foi expandida para o restante das UPAs do município. Portanto, as nove UPAs integram a rede nacional de vigilância sentinela de síndrome gripal, garantindo uma cobertura de vigilância em todas as regionais do município.

Desde a introdução da vigilância de vírus respiratórios no município de Belo Horizonte, têm sido realizados esforços contínuos para o aprimoramento das ações, com incorporação de profissionais especializados e destinação de recursos para o setor de Biologia Molecular, no Centro Municipal de Diagnóstico Laboratorial (CMDL).

Atualmente, as amostras coletadas nas unidades sentinelas de SG e SRAG são encaminhadas para a Fundação Ezequiel Dias (Funed) / Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN/MG e as demais amostras da vigilância são enviadas para o Centro Municipal de Diagnóstico Laboratorial, onde são submetidas à identificação viral por meio da metodologia do RT-qPCR em tempo real. O painel do CMDL abrange a detecção dos seguintes agentes: SARS-CoV-2, Influenza A e subtipos, Influenza B, VSR e subtipos (A e B), Parainfluenza 1, 2, 3 e 4, adenovírus, bocavirus, metapneumovírus, rinovírus, enterovírus. O painel da Funed abrange além dos vírus citados, coronavírus 229E, coronavírus NL63 e coronavírus OC43.

Análises complementares à identificação viral, tais como caracterizações antigênicas e genéticas, além de teste de sensibilidade a antivirais e isolamento viral, são realizadas pelos Laboratórios de Referência Nacional. Os dados gerados a partir das amostras isoladas e encaminhadas por esses laboratórios ao CDC (Centro de Controle e Prevenção

de Doenças dos Estados Unidos), que atua como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, subsidiam a definição anual da composição da vacina contra influenza para o Hemisfério Sul.

5 DEFINIÇÕES DE CASO

5.1 Síndrome Gripal (SG):

Indivíduo com infecção respiratória, com início nos últimos 10 dias, que apresente pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas, sendo obrigatoriamente ao menos um sintoma respiratório:

- **Sintomas Respiratórios:** Tosse, coriza, dor de garganta, congestão nasal.
- **Sintomas Gerais:** Febre, dor de cabeça, dor no corpo, calafrios.

5.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Indivíduo hospitalizado com Síndrome Gripal (SG) E pelo menos um sinal ou sintoma de agravamento** dispneia, taquipneia e/ou saturação de O2 ≤ 94% em ar ambiente OU Óbito por SRAG independente de hospitalização.

**Em menores de 2 anos, observar também como sinais de agravamento: batimento de asas nasais, apneia, cianose e/ou tiragem intercostal/subcostal. Como possíveis manifestações gerais: recusa alimentar, irritabilidade e/ou letargia.

5.3 Surto de Síndrome Gripal:

Ocorrência de **três ou mais casos** de síndrome gripal **com vínculo epidemiológico entre eles** (quando o caso subsequente inicia sintomas em até 10 dias após contato com caso já envolvido no surto).
Em ambiente hospitalar: deve-se observar que os sintomas dos casos tenham se iniciado no mínimo 72 horas após a data de admissão.

6 ESTÁGIOS OPERACIONAIS

O presente Plano de Contingência estabelece as diretrizes, estratégias e ações necessárias para organizar a resposta assistencial diante do aumento previsível da demanda por atendimentos decorrentes de síndromes respiratórias agudas. O plano orienta a atuação integrada na rede PBH por meio da antecipação de cenários, da definição de níveis de resposta (normalidade, mobilização, alerta, emergência e crise) e da adoção de medidas proporcionais ao risco e à intensidade da circulação viral no território, conforme descrito abaixo:

Quadro 1: Descrição dos estágios operacionais

ESTÁGIO OPERACIONAL	DESCRIÇÃO	OBJETIVO GERAL
NORMALIDADE	Padrão epidemiológico abaixo dos limites superiores da normalidade, com tendência de estabilidade ou redução	● Monitorar eventos incomuns ou surtos relacionados a vírus respiratórios; ● Monitorar ativamente os dados de circulação viral na vigilância sentinela de SG e SRAG hospitalizado; ● Monitorar solicitação de internações por quadros respiratórios; ● Estimular vacinação de grupos vulneráveis com vacinas contra influenza e Covid-19; ● Realizar ações para ampliação da desospitalização e desupalização por meio da EMAD, com o objetivo de otimizar o giro de leitos nas UPAs e nos hospitais.
MOBILIZAÇÃO	Indicadores com tendência de aumento, mas ainda abaixo dos limites superiores de normalidade	● Manter as ações acima; ● Acionamento da Sala de Situação (reuniões semanais); ● Reavaliação do fluxo do trabalho; ● Ampliação gradual de recursos humanos, leitos hospitalares e insumos.
ALERTA	Indicadores acima dos limites superiores de normalidade, mas com capacidade de absorção da demanda pela RAS	● Manter as ações do estágio de normalidade; ● Manter reuniões da Sala de Situação 1 a 2 vezes por semana; ● Reavaliação do fluxo do trabalho; ● Ampliação mais vigorosa de recursos humanos, leitos hospitalares e insumos; ● Ampliação gradual de atendimentos na APS (finais de semana).
EMERGÊNCIA	Indicadores acima dos limites superiores da normalidade, extrapolando a capacidade de absorção da demanda pela RAS	● Manter as ações do estágio de normalidade; ● Decretar Estágio de Emergência; ● Convocar o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) - reuniões diárias;

		● Avaliar necessidade de apoio Estadual; ● Reavaliação do fluxo do trabalho; ● Ampliação vigorosa de recursos;humanos, leitos hospitalares e insumos; ● Ampliar atendimentos na APS (finais de semana); ● Suspensão de atendimentos eletivos.
CRISE	Situações que impliquem em desassistência e/ou impactos econômicos e sociais significativos	● Manter as ações do estágio de normalidade; ● Manter o COE ativo até o retorno aos níveis de alerta.

6.1 INDICADORES DE MONITORAMENTO

Abaixo estão detalhados os indicadores utilizados pela SMSA que permitem a categorização dos diferentes estágios de acionamento do plano. Salienta-se que os indicadores devem ser vistos em conjunto, visto que cada um pode indicar um estágio distinto. O nível de ativação do plano municipal será definido pelo cenário mais crítico identificado, conforme framework de ativação e desmobilização. Entretanto, o acionamento de cada setor deverá ocorrer de maneira compatível com o respectivo nível de acionamento operacional correspondente, individualmente, conforme necessário.

Tabela 1: Matriz de níveis de ativação

Nível operacional	Critério de acionamento	Estrutura e conduta
Normalidade	Nenhum indicador atinge o limiar de mo bilização.	Manter monitoramento de rotina e ações preventivas.
Mobilização	Pelo menos 1 indicador atinge o limiar d e mobilização por pelo menos 2 semanas consecutivas.	Ativar mobilização institucional e Sala d e Situação; intensificar o monitoramento e organizar a resposta.
Alerta	Pelo menos 1 indicador assistencial (1-7)atinge o limiar de alerta, após acionamento da mobilização.	Manter a Sala de Situação, intensificar a coordenação e executar as ações prevista s para o nível operacional de alerta.
Emergência	2 ou mais indicadores assistenciais (1-7) atingem o limiar de emergência	Acionar o nível operacional de emergên cia, instituir o COE, estabelecer plano de ação do evento e avaliar a necessidade d e decreto de emergência.

Regra de interpretação: a emergência é acionada quando dois ou mais indicadores ati ngem o respectivolimiar. Esse critério deve prevalecer sobre os níveis inferiores, mesmo que os critérios de mobilização ou alerta também estejam presentes.

Quadro 2: Indicadores e estágios operacionais

	INDICADORES E ESTÁGIOS OPERACIONAIS				
INDICADORES	**Fase 0** **Normalidade**	**Fase 1** **Mobilização**	**Fase 2** **Alerta**	**Fase 3** **Emergência**	**Fase 4** **Crise**
Indicador 01 Número de atendimentos por doenças respiratórias por equipe de Saúde da Família (eSF) por semana epidemiológica, nos Centros de Saúde Número de atendimentos totais por doenças respiratórias em todos os Centros de Saúde por Semana epidemiológica Fonte: SISREDE e SIGRAH	> 80% (mais de 123) dos CS com até 39 atendimentos por eSF por SE OU até 11.000 atendimentos em todos os CS por semana epidemiológica (SE).	20% a 40% (31 a 61) dos CS realizando entre 40 e 69 atendimentos por eSF por SE. E Máximo de 5% (8) dos CS realizando entre 70 e 77 atendimentos por eSF por SE. OU De 11.001 até 14.999 atendimentos em todos os CS por SE	Entre 40% e 50% (62 a 77) dos CS realizando entre 40 e 69 atendimentos por eSF por SE. OU 6% a 30% (9 a 45) dos CS realizando entre 70 a 77 atendimentos por eSF por SE. OU De 15.000- 17.999 atendimentos por SE	≥ 50% (≥ 78) dos CS realizando entre 40 e 69 atendimentos por eSF por SE. OU ≥ 30% (≥ 46) dos CS realizando de 70 a 77 atendimentos por eSF por SE. OU ≥10% (≥15) dos CS realizando ≥ 78 atendimentos por eSF por SE. OU ≥ 18 000 atendimentos por SE	Número excessivo de atendimentos que superam a capacidade de atendimento, resultando em desassistência aos doentes.
Indicador 02 Número de atendimentos por doenças respiratórias por semana epidemiológica nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Fonte: SIGRAH	Pediatria e adulto: até 249 atendimentos por doenças respiratórias por SE por UPA	Acionada quando identificado ao menos um dos seguintes critérios: **Critério 1**: Tendência proporcional (todas as condições devem ser atendidas simultaneamente): O percentual de atendimentos respiratórios em relação ao total geral sobe ≥ 3 pontos percentuais em relação à média das 3 semanas epidemiológicas anteriores; E O volume total de atendimentos respiratórios é ≥ 1.200 na semana E A semana seguinte confirma a tendência de aumento, descartando picos isolados. **Critério 2**: Volumetria absoluta por UPA (as condições devem ser atendidas simultaneamente): Pediatria e/ou adulto: de 250 a 349 atendimentos por doenças respiratórias	Volumetria absoluta por UPA (as condições devem ser atendidas simultaneamente): Pediatria e/ou adulto: de 350 a 400 atendimentos por doenças respiratórias por SE por UPA E Aumento ≥ 10 pontos percentuais do volume absoluto atendido nas UPAs em relação à média das 6 semanas epidemiológicas anteriores.	Volumetria absoluta por UPA (as condições devem ser atendidas simultaneamente): Pediatria e/ou adulto: > 400 atendimentos por doenças respiratórias por SE por UPA E Aumento ≥ 15 pontos percentuais do volume absoluto atendido nas UPAs em relação à média das 6 semanas epidemiológicas anteriores.	Número excessivo de atendimentos que superam a capacidade de atendimento de cada UPA, resultando em desassistência aos doentes.

		por SE por UPA E Aumento ≥ 5 pontos percentuais do volume absoluto atendido nas UPAs em relação à média das 3 semanas epidemiológicas anteriores.			
Indicador 03 Número de solicitações de internações na rede SUS-BH para tratamento de doenças respiratórias na clínica geral Fonte: CORE Saúde MG	Até 202 solicitações de internações de urgência para SRAG, por semana epidemiológica.	Entre 203 a 242 solicitações de solicitações internações de urgência SRAG por semana epidemiológica (acima da normalidade em até 16,5%)	Entre 243 a 278 solicitações de internações de urgência por semana epidemiológica (16,5% a 27% acima da normalidade)	Acima de 279 solicitações de internações de urgência por por semana (≥28% acima da normalidade)	Manutenção dos níveis de emergência
Indicador 05 Número de solicitações de internações na rede SUS- BH para tratamento de doenças respiratórias na pediatria (0 a 12 anos) Fonte: CORE Saúde MG	Até 85 solicitações de internações de urgência para SRAG, por semana epidemiológica.	Entre 86 a 102 solicitações de internações de urgência para SRAG por semana epidemiológica (acima da normalidade em até 16,5%)	Entre 103 a 117 solicitações de internações de urgência por semana epidemiológica (16,5% a 27% acima da normalidade)	Acima de 118 solicitações de internações de urgência por semana (≥28% acima da normalidade)	Manutenção dos níveis de emergência
Indicador 06 Monitoramento dos acionamentos do Plano de Capacidade Plena (PCP) na rede hospitalar SUS-BH na especialidade Pediatria, Clínica Médica e CTI. ***Cada acionamento do PCP permanece ativo por 5 dias, devendo ser considerado no monitoramento como impacto acumulado na rede, e não apenas como evento isolado**	Acionamentos pontuais e não recorrentes do PCP. (Até 1 nas últimas 4 semanas)	Acionamentos recorrentes do PCP, indicando aumento da pressão operacional. (2 nas últimas 4 semanas)	Acionamentos simultâneos ou frequentes do PCP, indicando sobrecarga assistencial relevante. (3 nas últimas 4 semanas)	Acionamentos contínuos e disseminados do PCP na rede hospitalar SUS-BH, indicando esgotamento progressivo da capacidade operacional. (Mais de 4 nas últimas 4 semanas)	Manutenção dos níveis de emergência

Fonte: CORE Saúde MG					
Indicador 07 Número de solicitações de internações na rede SUS- BH para tratamento de doenças respiratórias. Fonte: CORE Saúde MG	Até 260 solicitações de internações por semana epidemiológica.	Entre 261 a 600 solicitações de internações por semana epidemiológica.	Entre 601 a 800 solicitações de internações por semana epidemiológica.	Igual ou acima de 801 solicitações de internações por semana epidemiológica.	
Indicador 08 Taxa de positividade semanal de RT-PCR para vírus respiratórios (VSR, Influenza A, Influenza B e SARS-CoV-2). Fonte: GAL	Menor que 5% de positividade de RT-PCR para vírus respiratórios.	Entre 5,0 a 9,9% de positividade de RT-PCR para vírus respiratórios.	Entre 10 a 15% de positividade de RT-PCR para vírus respiratórios.	Maior que 15% de positividade de RT-PCR para vírus respiratórios. Pico epidêmico de pelo menos um vírus	

7 AÇÕES DE RESPOSTA

7.1 Atenção à Saúde

- Garantir a identificação de casos de SG e SRAG;
- Garantir a notificação universal de casos de SG testados para covid-19 no sistema E SUS-notifica;
- Garantir a notificação universal de casos de SRAG;
- Garantir a coleta oportuna de amostras para pesquisa de vírus respiratórios de casos de SRAG internados e/ou óbitos por SRAG;
- Garantir o tratamento de casos suspeitos de Influenza ou confirmados de Covid com antivirais específicos, quando indicado;
- Notificar às autoridades competentes a ocorrência de padrões distintos de apresentação clínica de casos de SRAG, com suspeita de surto de infecção por novo subtipo viral;
- Monitorar, avaliar e propor ações para garantir assistência à saúde nos diversos níveis de atenção durante o aumento de pressão assistencial;
- Propor e realizar as articulações e alinhamentos entre setores a fim de possibilitar a redução na morbimortalidade por meio do uso otimizado dos recursos das redes de saúde.

7.2 Rede de Atenção à Saúde

A RAS deve se preparar para atender à demanda de casos de SG e SRAG, por meio de medidas coordenadas e abrangentes. A organização dos serviços de saúde precisa considerar a previsão e disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos, ampliação da oferta de apoio diagnóstico (conforme necessário), estabelecimento de fluxos e unidades de referência e contrarreferência, além de eficiência da Central de Regulação de Leitos.

7.3 Atenção Primária à Saúde (APS)

Quadro 3: Ações de resposta

TODAS AS FASES

1. Ordenar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde local, a fim de qualificar o fluxo de encaminhamentos em tempo oportuno;
2. Garantir o acesso e avaliação dos usuários sintomáticos, com classificação de risco e conduta adequada de acordo com a gravidade;
3. Realizar capacitação dos profissionais para diagnóstico, manejo e seguimento dos casos de SG e SRAG;
4. Assegurar encaminhamento oportuno dos casos graves para as unidades de urgência ou pronto atendimento, conforme fluxos previamente estabelecidos;
5. Monitorar os casos de Síndrome Gripal (SG) e acompanhar os usuários após altas de internação por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
6. Promover a vacinação dos grupos prioritários, dos profissionais de saúde e de toda a população alvo;
7. Monitorar casos suspeitos e surtos em residências coletivas (Serviço de Residências Terapêuticas, Residências Inclusivas, Instituições de longa Permanência para Idosos, presídios, Unidade de Acolhimento de crianças e adolescentes);
8. Realizar ações de educação em saúde sobre medidas preventivas para as síndromes gripais;
9. Utilizar as ferramentas de telemonitoramento disponíveis no território;
10. Garantir insumos e medicamentos para adequada assistência aos casos de síndrome gripal e manejo inicial de SRAG nos Centros de Saúde (CS);
11. Levantar a necessidade de incremento no consumo e aquisição de insumos e medicamentos e garantir o abastecimento e monitoramento contínuo do estoque de insumos e medicamentos.

NORMALIDADE

1. Capacitação para o Manejo das Doenças Respiratórias na Infância na APS (ênfase na asma) com módulo para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e outro módulo para equipe multiprofissional.
2. Rodas de conversas sobre Doenças Respiratórias Agudas (DRA) em todas as regionais de saúde, equipe multiprofissional.
3. Realização de webinário, no mês de março, sobre Doenças Respiratórias, destinado aos profissionais da APS, com o objetivo de qualificar as equipes para o manejo e acompanhamento dos usuários com doenças respiratórias.
4. Qualificação dos profissionais para realizar ações coletivas de prevenção de agravos e promoção à saúde de crianças asmáticas.
5. Atendimento Compartilhado para a Gestão da Clínica à "Criança que Chia" na APS.
6. Publicação de Nota Técnica como documento orientador para o atendimento e acompanhamento longitudinal das crianças do programa “Criança que Chia” e demais doenças respiratórias.
7. Disponibilização da agenda dos centros de saúde com pediatra para apoio às unidades sem este profissional, além da marcação da pediatria para o ambulatório da FELUMA a fim de otimizar o uso das vagas conforme critérios de risco.
8. Otimização dos critérios de encaminhamento para o Ambulatório de Criança de Risco (linha de cuidado) na URS Saudade.
9. Extração de listagem de crianças em uso de medicamentos inalatórios (corticóides e broncodilatadores) na farmácia local do Centro de Saúde para identificar e realizar busca ativa das crianças asmáticas, em uso destas medicações.
10. Preenchimento, pelas GAEREs, da planilha de monitoramento do acompanhamento da criança que chia e dos egressos hospitalares.
11. Revisão da fila de espera de crianças para atendimento pela pneumopediatria.
12. Encaminhar pacientes elegíveis para receber a vacina contra VSR A e B (gestantes) e anticorpo monoclonal - Nirsevimabe (crianças), de acordo com as recomendações nacionais para reduzir a morbimortalidade associada ao VSR.

13. Uso de ferramentas de transferência responsável nos hospitais públicos (Projeto Alta Responsável) que atendem pediatria para a continuidade do cuidado em saúde, articulação dos processos de trabalho das equipes, gestores e redes de atenção à saúde, visando a integralidade do cuidado em saúde dos usuários nos territórios.

14. Roda de conversa com fisioterapeutas e farmacêuticos da APS sobre alternativas terapêuticas para tratamento de doenças respiratórias agudas em pessoas idosas.

15. Roda de Conversa com gestores e profissionais das ILPIs filantrópicas e Residências Inclusivas sobre Doenças Respiratórias Agudas (epidemiologia, medidas preventivas, vacinação, sinais de alerta, fluxo de atendimento e medicamentos disponíveis na rede-SUS).

16. Ampliação de estratégias de comunicação e divulgação sobre diretrizes relacionadas às doenças respiratórias como no Informe em Saúde, Notas Técnicas e outros.

17. Garantia do abastecimento e monitoramento do estoque de insumos e medicamentos.

18. Repor as 20 vagas de pediatria em aberto por esta especialidade ou por médicos generalistas nos CS.

19. Extração dos usuários adultos com doenças respiratórias crônicas (DPOC) por equipe de saúde da família do painel “Acompanhamento Usuário SUS” para busca ativa e consulta com equipe para acompanhamento e orientações quanto ao uso adequado de inalatórios, controle ambiental e vacinação contra Influenza e COVID-19 para público prioritário.

20. Extração no painel “Acompanhamento Usuário SUS” dos usuários idosos com vacinação contra o vírus Influenza em atraso para busca ativa e regularizar a situação vacinal pelas equipes de saúde da família.

21. Envio da lista dos usuários adultos e idosos egressos hospitalares internados por doenças respiratórias para realização de busca ativa pelas equipes dos Centros de Saúde para acompanhamento ambulatorial.

22.Revisão da fila da pneumologia/adulto para agendamento dos casos egressos hospitalares com asma/DPOC para agendamento imediato.

23.Capacitação:“Qualificação do ACS na abordagem da Doença Respiratória na Criança, Gestante e na Pessoa Idosa”, na pasta “Materiais Educativos ACS”. Voltadas para os

Agentes Comunitários de Saúde.

24. Publicação de nota informativa e informe em Saúde com o objetivo de fomentar o uso do Telematriciamento em Pneumologia Pediátrica que ocorre via teleconsultoria, utilizando a plataforma da UNIMED. A teleconsultoria poderá ser solicitada diretamente pelo médico da APS (matriciamento direto) ou poderá ser solicitada após identificação da necessidade pelo médico regulador (matriciamento reverso). O agendamento deverá ser feito através de preenchimento de *googleforms* que se encontra no – Manuais da Saúde – Matriciamento PBH.

25. Serão realizados mutirões de espirometrias, em parceria com a Sociedade Mineira de Pneumologia. Os pacientes que estão aguardando na fila serão chamados para mutirões onde são realizados o exame e avaliação do mesmo por pneumologistas que dão as primeiras orientações e fazem a prescrição da medicação necessária. Aqueles que forem classificados em risco elevado ou muito elevado são cadastrados para agendamentos dentro do prazo adequado para dar continuidade ao acompanhamento de acordo com a respectiva classificação de risco.

26. Conexões em Rede - Projeto de Educação em Saúde que será realizado em abril em dois formatos, uma aula presencial e outra online síncrona, trazendo a temática das Doenças Respiratórias em Crianças e Adolescentes.

MOBILIZAÇÃO

1. Organização dos atendimentos nas portas de entrada dos Centros de Saúde com triagem e avaliação de risco dos usuários com sintomas respiratórios, uso de máscara desde as salas de espera e priorização do atendimento para casos suspeitos de SRAG e casos de síndrome gripal no público prioritário (gestantes, crianças, idosos e portadores de comorbidades).
2. Readequação das agendas das equipes de apoio para atendimento direcionado aos casos de doenças respiratórias.
3. Realização de webinário sobre Doenças Respiratórias, destinado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com orientações para o manejo dos casos e organização da assistência durante o período de mobilização.
4. Contingenciamento do atendimento aos casos eletivos não prioritários nos Centros de Saúde com maior pressão assistencial (com indicador no nível médio ou alto), pactuado pelo gestor local junto ao Colegiado gestor local.
5. Reorganizar a escala dos CS com pediatra para atendimento regionalizado.

Produção sugerida diária: 3 pacientes/hora (vide nota técnica da pediatria no link https://drive.google.com/file/d/1OksRQ9cABT2wxbW5EIA8W-H0KFMcPOD_/view?usp=sharing)

6. Disponibilizar consultas imediatas com médico da eSF e/ou com pediatra da APS para os casos agudizados ou para aqueles identificados com maior risco, conforme critérios.

7. Utilizar a oferta de atendimento pediátrico pela Linha de Cuidado da Criança de Risco (URS Saudade), conforme os critérios de encaminhamento para esse ambulatório, através da marcação solicitada via SIGRAH.

8. Provisão de insumos e recursos humanos para possível ampliação do número de atendimentos e ampliação do horário de funcionamento.

9. Monitoramento semanal do consumo e cobertura de medicamentos e insumos utilizados.

ALERTA
1. Para o risco alto: Ampliação de profissionais nos CS em dias de semana para o atendimento de agudos e manutenção do acompanhamento das condições crônicas. Previsão de 20 CS em fase de alerta, totalizando 20 técnicos de 40 horas, 20 enfermeiros de 20 horas e 20 médicos de 20 horas. A estratégia será por meio de ampliação de carga horária de profissionais ou contratação provisória e emergencial para estas unidades ou contratação de 20 equipes volantes a serem distribuídas nas regionais com maior número de atendimento por demanda respiratória. 2. Abertura de 04 CS aos sábados e domingos de 07 as 19 horas totalizando 24 plantões extra de médicos, 16 plantões extra de enfermeiros, 40 plantões extra de técnicos de enfermagem, 8 plantões extra de administrativos, porteiros e ASG. Todos os profissionais com plantões de 12 horas. 3. Monitorar semanalmente o consumo e cobertura de medicamentos e insumos utilizados no enfrentamento das doenças respiratórias nas unidades com maio atendimento. 4. Avaliar reforço logístico e de recursos humanos, bem como espaços adicionais de armazenamento, para as Farmácias Regionais e setor de medicamentos do Almoxarifado Central. 5. Avaliar, com a Diretoria responsável, necessidade de incremento na logística e espaço físico necessário para armazenamento e transporte de medicamentos de forma descentralizada, priorizando as regionais com pior cenário epidemiológico. 6. Avaliar, com a Diretoria responsável, a necessidade de incremento na logística e espaço físico necessário para armazenamento e transporte de insumos.
EMERGÊNCIA
1. Abertura de 05 CS aos sábados e domingos de 07 às 19 horas totalizando 30 médicos, 20 enfermeiros, 50 técnicos de enfermagem, 10 administrativos, porteiros e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG). Todos os profissionais com plantões de 12 horas

7.4 Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h

Quadro 4: Ações de resposta

TODAS AS FASES
1. Gerenciar a volumetria de atendimentos de quadros respiratórios nas UPAs de Belo Horizonte; 2. Manter a teleconsultoria para matriciamento, apoio na condução dos casos e possível transferência de pacientes pediátricos críticos para o HMOB; 3. Realizar capacitação teórica e prática para médicos pediatras e generalistas, visando o suporte ao atendimento de casos respiratórios em adultos e crianças; 4. Manter a vigilância respiratória ativa; 5. Realizar alinhamento para contrarreferência com os Centros de Saúde (CS); 6. Garantir o fornecimento de máscaras cirúrgicas para pacientes e acompanhantes com sintomas respiratórios; 7. Reforçar os protocolos de higiene das mãos e o uso adequado de EPIs, incluindo máscaras cirúrgicas e N95/PFF2 durante procedimentos geradores de aerossóis.
NORMALIDADE
1. Intensificar a capacitação teórica e prática dos médicos pediatras e generalistas para o suporte ao atendimento de casos respiratórios, adultos e crianças; 2. Monitorar continuamente as estruturas e os insumos necessários para este período de maior demanda; 3. Fortalecer a contrarreferência com os Centros de Saúde (CS); 4. Ampliar a comunicação educativa com pais e acompanhantes, orientando sobre sinais de alerta, cuidados domiciliares e medidas de prevenção ao contágio, especialmente em atendimentos pediátricos e de idosos; 5. Acompanhar a reposição estratégica de materiais e medicamentos essenciais para o atendimento de casos respiratórios, com base na previsão de aumento da demanda; 6. Promover capacitação presencial, em parceria com HMOB, Diretoria de Educação e Saúde (DESA) e SAMU, voltada ao manejo de situações de emergência respiratória; 7. Revisar, atualizar e compartilhar os protocolos clínicos com todos os profissionais das UPAs; 8. Manter comunicação contínua com a Central de Regulação de Leitos e com as

Unidades Básicas de Saúde (UBS);

9. Realizar ações para ampliação da desospitalização e desupalização por meio da EMAD, com o objetivo de otimizar o giro de leitos nas UPAs e nos hospitais;
10. Coordenar fluxos e encaminhamentos conforme a gravidade dos casos, garantindo agilidade e resolutividade no cuidado.

MOBILIZAÇÃO

1. Contratar um terceiro pediatra/generalista para o plantão noturno nas UPAs Leste, Pampulha e Nordeste;
2. Contratar um técnico em enfermagem para as 4 UPAs com maior volumetria. Sendo 2 técnicos por UPA com escala 12 x 36 em horário intermediário (10h às 22h).
3. Ampliar o atendimento e monitoramento por teleconsulta, com o incremento de quatro médicos (20 horas semanais) e 01 enfermeiro (40 horas);
4. Expandir o escopo do EMAD Pediátrico, com o incremento de um pediatra/generalista (20 horas semanais);
5. Manter a teleconsultoria para matriciamento, apoio na condução dos casos e possível transferência de pacientes pediátricos críticos para o HMOB;
6. Intensificar a capacitação teórica e prática dos médicos pediatras e generalistas para o atendimento de casos respiratórios, tanto em adultos quanto em crianças;
7. Monitorar estruturas e insumos que possam ser necessários durante este período de maior demanda;
8. Solicitar o incremento de equipamentos e mobiliários para ampliação dos pontos de cuidado nas UPAs (longarinas, poltronas, macas, suportes de soro, fluxômetros, cilindros de oxigênio, entre outros).

ALERTA

1. Ampliação de equipe na teleconsulta para mais 08 médicos 20 horas ou 04 médicos de 40h
2. Contratação de técnico em enfermagem para as 3 UPAs não incrementadas na fase de mobilização, sendo 2 por UPA com escala 12 x 36 em horário intermediário (10h às 22h).
3. Realizar ações para intensificar o volume de desospitalizações e desupalizações via EMAD, com o objetivo de otimizar o giro de leitos nas UPAs e nos hospitais;
4. Manter comunicação contínua com a Central de Regulação de Leitos, mantendo as evoluções clínicas atualizadas no SUS Fácil e informando os casos prioritários (adultos e pediátricos) para transferência hospitalar;
5. Avaliar a capacidade operacional das UPAs, promovendo o remanejamento interno dos setores para ampliação dos pontos de cuidado.

EMERGÊNCIA

1. Abertura do atendimento de pediatria na UPA Centro-Sul, por meio de aditivo contratual com a FUNDEP.
2. Contratar médico horizontal 40 horas, para as 4 UPAs com maior volumetria para auxílio nas reavaliações, liberação, internação ou encaminhamento ao EMAD de pacientes que se encontrem na UDC. Esse profissional também poderá auxiliar no atendimento de porta.

7.5 Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar

Quadro 5: Ações de resposta

TODAS AS FASES
1. Acompanhar sistematicamente os indicadores que sinalizam a crescente demanda assistencial; 2. Emitir alertas aos prestadores sobre o cenário epidemiológico e assistencial, destacando a possível necessidade de ampliação operacional e abertura de novos leitos; 3. Solicitar planejamento interno para ampliação da capacidade assistencial, quando necessário; 4. Planejar, em conjunto com os prestadores e a Gerência de Gestão de Contratos Assistenciais (GCOAS), a abertura de novos leitos e o monitoramento dos níveis de acionamento do Plano de Contingência Respiratório e reforçar com os hospitais os encaminhamentos de todas altas hospitalares de crianças e adolescentes para a APS para continuidade do cuidado (Programa Alta Responsável) com compartilhamento de informações importantes para a construção do Plano de Cuidado do Paciente; 5. Avaliar alternativas de remanejamento e otimização da capacidade existente, em articulação com os prestadores e a GCOAS; 6. Avaliar periodicamente a efetividade das ações adotadas, incluindo o monitoramento da execução das medidas previstas no Plano de Contingência Respiratório.

NORMALIDADE
1. Monitorar a disponibilidade de oferta de vagas e a capacidade operacional da rede assistencial; 2. Emitir alertas epidemiológicos e assistenciais aos prestadores, sempre que identificado risco de aumento da pressão assistencial; 3. Avaliar tendências de crescimento da demanda assistencial e necessidade de escalonamento das medidas de contingência; 4. Realizar análise periódica do fator de giro; 5. Promover alinhamento contínuo entre os setores envolvidos para manutenção do fluxo assistencial e regulatório;

6. Identificar precocemente sinais de desequilíbrio entre demanda e oferta assistencial.

MOBILIZAÇÃO

1. Avaliar a necessidade de abertura de leitos conforme a especialidade que apresentar pressão assistencial compatível com os critérios estabelecidos para a fase de mobilização, podendo ser adotada, inicialmente, a seguinte ampliação assistencial de acordo com a necessidade específica:

➔ 20 leitos de Pediatria;
➔ 10 leitos de CTI Pediátrico;
➔ 10 leitos de Clínica Médica, conforme comportamento da demanda;
➔ 05 leitos de CTI Adulto, conforme taxa de ocupação e pressão regulatória.

*Os quantitativos previstos para ampliação de leitos constituem referência operacional inicial para resposta contingencial, devendo sua implementação e eventual expansão adicional serem avaliadas conforme comportamento da demanda assistencial, taxa de ocupação hospitalar, disponibilidade operacional da rede e indicadores regulatórios e epidemiológicos monitorados.

2. Emitir alertas preventivos aos prestadores e áreas técnicas quanto ao aumento da demanda assistencial;

3. Monitorar diariamente a oferta de vagas para as referidas especialidades realizadas via Censo Leitos;

4. Reforçar alinhamento entre Central de Regulação, prestadores e unidades solicitantes para otimização dos fluxos regulatórios.

ALERTA

1. Avaliar a necessidade de abertura de leitos conforme a especialidade que apresentar pressão assistencial compatível com os critérios estabelecidos para a fase de alerta, podendo ser adotada, inicialmente, a seguinte ampliação assistencial de acordo com a necessidade específica:

   ➔ 40 leitos de Pediatria;
   ➔ 20 leitos de CTI Pediátrico;
   ➔ 20 leitos de Clínica Médica;
   ➔ 10 leitos de CTI Adulto.

   *Os quantitativos previstos para ampliação de leitos constituem referência operacional inicial para resposta contingencial, devendo sua implementação e eventual expansão adicional serem avaliadas conforme comportamento da demanda assistencial, taxa de ocupação hospitalar, disponibilidade operacional da rede e indicadores regulatórios e epidemiológicos monitorados.
2. Emitir alertas assistenciais e epidemiológicos aos prestadores e áreas técnicas quanto ao agravamento da pressão assistencial;
3. Avaliar continuamente o impacto da demanda sobre disponibilidade de vagas reguladas, tempo de espera e capacidade operacional da rede hospitalar;
4. Intensificar articulação entre Central de Regulação, unidades solicitantes e prestadores, visando maior celeridade no fluxo regulatório.

EMERGÊNCIA

1. Avaliar a necessidade de abertura de leitos conforme a especialidade que apresentar pressão assistencial compatível com os critérios estabelecidos para a fase de emergência, podendo ser adotada, inicialmente, a seguinte ampliação assistencial de acordo com a necessidade específica:

   ➔ 10 leitos de UTIN;
   ➔ 60 leitos de Pediatria;
   ➔ 30 leitos de CTI Pediátrico;
   ➔ 30 leitos de Clínica Médica;
   ➔ 15 leitos de CTI Adulto.

   *Os quantitativos previstos para ampliação de leitos constituem referência operacional inicial para resposta contingencial, devendo sua implementação e

eventual expansão adicional serem avaliadas conforme comportamento da demanda assistencial, taxa de ocupação hospitalar, disponibilidade operacional da rede e indicadores regulatórios e epidemiológicos monitorados.

2. Emitir alertas assistenciais e epidemiológicos aos prestadores e áreas técnicas quanto ao cenário crítico de pressão assistencial;
3. Avaliar continuamente o impacto da demanda sobre disponibilidade de vagas reguladas, tempo de espera e capacidade operacional da rede hospitalar;
4. Avaliar, em conjunto com os prestadores e áreas técnicas, a suspensão de atendimentos eletivos, visando ampliação da capacidade assistencial para atendimento da demanda de urgência;
5. Avaliar necessidade de adoção de outras medidas extraordinárias de contingência.

7.6 Hospitais e unidades de internação

- Implementar protocolos de atendimento e manejo clínico baseados em evidências científicas que promovam qualidade da assistência prestada e desfechos clínicos favoráveis;
- Avaliar a capacidade atual de leitos de hospital, equipamentos médico-hospitalares (ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos, bomba de infusão, etc); suprimentos médicos e equipe de saúde, e considerar a necessidade de ampliação temporária das equipes;
- Prover equipamentos e materiais médicos-hospitalares, equipamentos de proteção individual, medicamentos e insumos necessários;
- Identificar áreas de ociosidade e desenvolver estratégias para aumentar a capacidade conforme necessário;
- Disponibilizar e converter leitos para um maior nível de complexidade, conforme o risco clínico e a dependência de cuidados de enfermagem;
- Preferencialmente, definir área física específica para o atendimento dos pacientes, reforçando as medidas de controle de infecções;
- Estabelecer critérios claros e objetivos para a internação de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI), tanto em clínica médica quanto em pediatria, visando garantir uma adequada assistência e otimização dos recursos disponíveis;

- Garantir a coleta oportuna de amostras para pesquisa de vírus respiratórios de casos de SRAG internados e/ou óbitos por SRAG;
- Otimizar altas com monitoramento nos hospitais e conclusão das terapias de menor complexidade em domicílio;
- Considerar, conforme cenário epidemiológico, a suspensão dos atendimentos eletivos hospitalares;
- Converter leitos para um nível de maior complexidade;
- Estabelecer equipes de conexão com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para desospitalização. As ações de Atenção Domiciliar podem abranger acompanhamento multiprofissional, medidas de reabilitação e administração de medicação parenteral, quando necessário;
- Preparar os serviços de reabilitação para o aumento da demanda pós alta, melhorando a comunicação entre os serviços e buscando garantir o tempo oportuno para início da reabilitação;
- Capacitar os profissionais e realizar a reorganização assistencial para aumento da capacidade de atendimento de casos agudos;
- Implementar um sistema eficiente de gestão de leitos, que permita o monitoramento em tempo real da disponibilidade de leitos e a alocação adequada de pacientes. Isso inclui garantir que todos os leitos estejam operacionais e em condições de uso.

7.7 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

- Monitorar continuamente a disponibilidade de leitos em todas as unidades de saúde, mantendo registros atualizados sobre leitos disponíveis, ocupados e previsão de liberação;
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso eficiente e dinâmico dos leitos, por meio do aumento da rotatividade e do monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e alta hospitalar responsável;
- Relatar diariamente o número de pacientes em espera por hospitalização, direcionando-os para os serviços adequados conforme a complexidade dos casos;
- Priorizar a alocação de leitos para casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave

(SRAG), conforme gravidade e urgência, seguindo os protocolos da unidade de saúde;

- Gerenciar, em parceria com os coordenadores dos serviços clínicos, a alta hospitalar de forma ágil, registrando o tempo de permanência e demais indicadores hospitalares;
- Coordenar, junto à Atenção Primária à Saúde (APS) ou ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a transição de pacientes em recuperação para o cuidado domiciliar, quando indicado;
- Reforçar, junto às Diretorias hospitalares, a importância dos encaminhamentos das altas hospitalares de crianças e adolescentes para APS, para continuidade do cuidado (Programa Alta Responsável).
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para o gerenciamento dos leitos, sinalizando eventuais contingências locais que possam comprometer a assistência.

7.8 Laboratório

- Assegurar a disponibilidade contínua de insumos necessários para o diagnóstico dos vírus respiratórios contemplando o painel viral vigente;
- Organizar e monitorar o fluxo de coleta, garantindo condições adequadas de armazenamento e definir a logística de transporte das amostras para os laboratórios de referência;
- Orientar os critérios técnicos para a seleção das amostras a serem encaminhadas aos laboratórios de referência, conforme protocolos vigentes e necessidades epidemiológicas;
- Atuar no recebimento e processamento de amostras realizando as análises laboratoriais necessárias, bem como o monitoramento e a divulgação tempestiva dos resultados, contribuindo para a produção de publicações técnicas e estudos científicos;
- Acompanhar de forma sistemática os dados relacionados à coleta e aos resultados dos exames laboratoriais, subsidiando a análise epidemiológica do município;
- Promover a capacitação contínua das equipes envolvidas na coleta e no processamento de amostras, assegurando a qualidade técnica e a atualização frente às inovações diagnósticas;
- Validar metodologias analíticas e implementar melhorias nos processos laboratoriais, visando à celeridade na liberação dos resultados;

- Estabelecer articulação permanente com os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, fortalecendo a resposta integrada às emergências de saúde pública relacionadas aos vírus respiratórios;
- Alimentar a ferramenta Painel de Vírus Respiratórios do CMDL, garantindo a atualização das informações e fornecendo subsídios à gestão para o planejamento, monitoramento e implementação de ações relacionadas à vigilância de vírus respiratórios;
- Monitorar continuamente a realização dos exames, sinalizando a necessidade de revisão da capacidade operacional sempre que o aumento da demanda impactar os prazos de processamento e liberação dos resultados.

7.9 Vigilância epidemiológica

- Garantir a digitação oportuna de casos de SRAG das unidades de saúde de seu território no sistema SIVEP-Gripe;
- Acompanhar a evolução dos casos e óbitos notificados para SRAG;
- Acompanhar resultados laboratoriais de casos e óbitos notificados para SG e SRAG;
- Encerrar os casos no sistema em tempo oportuno;
- Organizar os fluxos para identificação e notificação de casos e coleta de amostras dos casos de SG e SRAG de forma oportuna;
- Analisar sistematicamente os dados das vigilâncias de SG e SRAG, incluindo dados laboratoriais sobre os vírus respiratórios;
- Qualificar e acompanhar os dados do sistema de informação - SIVEP-Gripe e e-Sus-Notifica, de modo a permitir a avaliação de risco e apoiar tomadas de decisão;
- Subsidiar a tomada de decisão para acionamento do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) conforme cenário epidemiológico;
- Apresentar os dados epidemiológicos nas reuniões da Sala de Situação e COE;
- Divulgar semanalmente informes epidemiológicos da vigilância das síndromes gripais (SG e SRAG);
- Emitir orientações e alertas informativos sobre a importância da preparação da rede de vigilância e assistência em saúde no período de maior circulação viral;
- Realizar reuniões técnicas com as Gerências de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), equipe da vigilância sentinela de SG e Unidade Móvel de Resposta Epidemiológica;

- Capacitar área técnica de vigilância nos fluxos epidemiológicos e operacionais;
- Apoiar a RAS nas capacitações dos fluxos assistenciais, nos âmbitos da APS, atendimentos de urgência e hospitalares;
- Articular capacitação das equipes (enfermagem e laboratório) das UPAs para coletas de amostras de SG e SRAG pela equipe de coleta sentinela no início do período sazonal (mês de março);
- Sensibilizar as equipes de vigilância epidemiológica hospitalares para notificação de casos e coletas de amostras oportunas em casos de SRAG;
- Articular as ações e os processos de trabalho da vigilância de vírus respiratórios juntamente com demais setores envolvidos neste plano;
- Articular as demandas de diagnóstico com a Funed, Gerência da Rede Ambulatorial Especializada (GERAE) e Centro Municipal de Diagnóstico Laboratorial;
- Avaliar o desempenho dos indicadores da vigilância sentinela de SG e SRAG por meio do SIVEP-Gripe.

7.10 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)

- Monitorar, junto à Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVIGE), a situação epidemiológica, com elaboração de avaliação periódica de risco com relação aos quadros respiratórios;
- Acompanhar o panorama epidemiológico estadual, nacional e internacional dos vírus respiratórios, informando aos gestores e à rede, por meio de *clipping* de notícias e/ou alertas epidemiológicos, informações relevantes sobre o tema;
- Subsidiar a tomada de decisão para acionamento do COE conforme cenário epidemiológico;
- Apoiar a investigação dos óbitos, surtos e situações inusitadas propondo medidas para mitigação da transmissão;
- Capacitar área técnica de vigilância nos fluxos epidemiológicos e operacionais;
- Apoiar a RAS nas capacitações dos fluxos assistenciais, nos âmbitos da APS, atendimentos de urgência e hospitalares;
- Investigar rumores de situações relacionadas a doenças causadas por vírus respiratórios no município.

7.11 Imunização

- Garantir a vacinação contra influenza e covid-19, especialmente dos grupos com maior risco de desenvolvimento de complicações (gestantes, puérperas, população indígena, população quilombola, adultos com mais de 60 anos de idade, crianças menores de cinco anos de idade, pessoas em situação de rua, indivíduos com comorbidades ou condições clínicas especiais, entre estes, cardiorrespiratórias, com obesidade grau III, diabetes mellitus, imunossupressão, transplantados, portadores de trissomia, entre outros). Além desta população, trabalhadores da saúde dos serviços público e privado, nos diferentes níveis de complexidade, professores do ensino básico e superior, profissionais das forças de segurança e salvamento e profissionais das forças armadas.
- Garantir a imunização contra o VSR para os grupos elegíveis, através de duas tecnologias incorporadas ao SUS em 2025/2026: vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com a vacina VSR A e B recombinante para gestantes e administração do anticorpo monoclonal Nirsevimabe para crianças prematuras e menores de 24 meses com comorbidades. Objetiva-se reduzir casos graves e hospitalizações por esses vírus na população pediátrica.

7.12 Assistência Farmacêutica

Garantir o fluxo e acesso aos medicamentos antivirais disponíveis para os casos ambulatoriais com indicação de tratamento específico (oseltamivir para casos suspeitos ou confirmados de influenza e nirmatrelvir/ritonavir para casos confirmados de COVID-19).

7.13 Assessoria de Comunicação (ASCOM)

Garantir a divulgação, para a imprensa repassar à população, as medidas não farmacológicas de prevenção e controle da transmissão dos vírus respiratórios, como o distanciamento físico; a etiqueta respiratória; o uso de máscaras; a limpeza e desinfeção de ambientes; a higienização das mãos com água e sabão ou com álcool em gel, além da necessidade de evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies como corrimãos, bancos e maçanetas, por exemplo.

As dicas e todas as informações pertinentes serão publicizadas por meio de informativos e entrevistas para os veículos de comunicação, além da atualização do portal

oficial da Prefeitura e produção de conteúdos para as redes sociais, sempre com alinhamento prévio com a Comunicação Central e com o Gabinete do Prefeito. Também poderão ser criadas campanhas de sensibilização e intensificadas as ações de conscientização com o Mobliza SUS. Cabe destacar que será indispensável que as áreas técnicas estejam sempre em contato com a Comunicação, para atualizar sobre a situação da cidade, como as alterações do cenário epidemiológico ou a necessidade de atenção em algum tema específico. Somente assim será possível avaliar a melhor estratégia a ser adotada.

Também faz parte das atribuições da Comunicação manter os profissionais da rede SUS-BH atualizados, repassando as decisões definidas durante o COE e reforçando orientações, diretrizes e protocolos vigentes, sempre que necessário e demandado pelas áreas técnicas.

7.14 Gestão (Gabinete)

- Coordenar a instalação e funcionamento da Sala de Situação e do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE);
- Promover ações de gestão para garantir a adequada execução do plano;
- Garantir recurso orçamentário para garantir todas as fases de acionamento do plano;
- Promover a integração intersetorial e interinstitucional na execução das ações de preparação, vigilância e resposta à emergência.

8 ACIONAMENTO DA SALA DE SITUAÇÃO E DO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE

Os indicadores, quando analisados em conjunto, permitem identificar alterações no cenário epidemiológico, assistencial e operacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e subsidiar a adoção oportuna de medidas de preparação, resposta e desmobilização.

À medida que a RAS sinalizar o início da fase de mobilização, torna-se imprescindível a convocação de Sala de Situação, com as seguintes características:

- O início das atividades deverá ser sinalizado pela Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde (SUPVISA);
- Serão convocadas reuniões de forma presencial ou virtual;
- Na fase de mobilização, as reuniões podem inicialmente ser quinzenais, com

alteração para periodicidade semanal, à medida que os indicadores sinalizarem mudança para a fase de alerta;

- Na fase de alerta, as reuniões devem ser semanais, podendo ser alteradas para duas vezes na semana, à medida que os indicadores sinalizarem mudança para a fase de emergência;
- Necessária a presença de pelo menos um representante dos setores: Subsecretaria de Atenção à Saúde (SUASA), Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração (DAPS), Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências (DAUE), Gerência de Urgência e Emergência (GEURE), Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade (DMAC), Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar (GERAH), Gerência da Rede Ambulatorial Especializada (GERAE), Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde (SUPVISA), Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Diretoria de Promoção a Saúde e Vigilância Epidemiológica (DPSV), Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVIGE), Subsecretaria de Orçamento Gestão e Finanças (SUOGF).
- Elaboração de ata de cada reunião, feita por secretário a definir;
- Elaboração de planilha de encaminhamentos e checagem de tarefas realizadas/a realizar;
- O grupo da Sala de Situação avaliará continuamente a necessidade de ativação do COE, descrito a seguir.

O Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) deve ser ativado quando os indicadores sinalizarem piora em direção à fase de emergência, ou até mesmo em fases mais precoces, quando a articulação das ações precisa ser mais vigorosa para evitar a instalação de uma emergência.

A SUPVISA deverá formalizar a ativação do COE ao Secretário de Saúde e ao Gabinete do Prefeito. Em paralelo à ativação do COE, deverá ser avaliado por estes gestores a publicação de Decreto de Emergência no Diário Oficial Municipal. Por outro lado, caso seja definida a publicação de decreto em momento anterior à ativação do COE, as atividades desse Centro deverão ser iniciadas imediatamente, em substituição à Sala de Situação. Cabe ao CIEVS-BH encaminhar o Decreto, assim que publicado, ao CIEVS-Minas.

O COE apresenta como características:

- Estrutura física fixa e/ou virtual, destinada à coordenação e ao monitoramento das ações de resposta durante a fase de emergência relacionada aos vírus respiratórios;
- Inclui diversos representantes dos setores da Saúde envolvidos diretamente nas análises e nas ações de resposta à emergência: Necessária a presença de pelo menos um representante dos setores: Subsecretaria de Atenção à Saúde (SUASA), Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração (DAPS), Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências (DAUE), Gerência de Urgência e Emergência (GEURE), Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade (DMAC), Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar (GERAH), Gerência da Rede Ambulatorial Especializada (GERAE), Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde (SUPVISA), Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Diretoria de Promoção a Saúde e Vigilância Epidemiológica (DPSV), Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVIGE), Subsecretaria de Orçamento Gestão e Finanças (SUOGF), Assessoria de Comunicação (ASCOM), Diretoria de Logística e Suprimentos (DLOS) e Diretoria de Orçamento e Finanças (DIOF).
- O grupo pode convidar especialistas que não compõem o quadro de servidores da SMSA, quando julgarem necessário;
- É recomendado que haja participação popular no COE, através de, por exemplo, representantes do conselho municipal;
- Agenda de reuniões ordinárias (diárias e fixas) nos dias úteis, e se necessário, reuniões também nos dias não úteis, para acompanhar e monitorar a situação epidemiológica e as ações de resposta à emergência;
- Deve ser desativado após a mitigação do período de emergência, através de formalização ao Secretário de Saúde e ao Gabinete do Prefeito;
- Deve ser estabelecido o responsável pela função de porta-voz, para representar o comando do COE;
- A cada reunião, deve ser elaborado o Plano de Ação de Evento (PAE), contendo descrição das ações, prazos, recursos necessários e também documento com as Matrizes de Responsabilidades de cada membro da equipe e definição das prioridades de cada encaminhamento;
- Deve ser elaborada lista de contatos de todos os integrantes, sinalizando a função de

cada um, e também de outros integrantes externos, como autoridades de saúde, órgãos de apoio e órgãos de segurança pública;

- É recomendado que o COE tenha um e-mail próprio para facilitar o recebimento de demandas. Neste caso, deve-se definir um gestor dos e-mails, para direcionamento das demandas e cobrança de respostas;
- Elaborar relatórios para divulgação da situação epidemiológica e ações para: autoridades, imprensa, profissionais de saúde. Periodicidade a definir;
- Elaborar Comunicados de Risco para divulgação para a população. Periodicidade a definir;
- Organização das reuniões:
  - Atualização epidemiológica
  - Situação das ações em andamento
  - Demandas dos eixos técnicos
  - Encaminhamentos e decisões

Com o retorno dos indicadores aos níveis de normalidade, é imprescindível a realização de atividades de avaliação pós evento, com objetivo de avaliar as lições aprendidas e identificar os ajustes e refinamentos dos processos para fortalecer a capacidade de resposta em eventos futuros.

9 DECRETO DE EMERGÊNCIA

O decreto de situação de emergência municipal poderá ser acionado quando os indicadores previstos no Plano de Contingência evidenciarem cenário compatível com estágio de emergência, caracterizado por risco elevado de comprometimento da capacidade de resposta da rede assistencial, impacto relevante na saúde pública ou necessidade de adoção imediata de medidas extraordinárias de gestão, assistência e vigilância. Além disso, o decreto também poderá ser considerado nos casos em que um ou mais indicadores permaneçam classificados em estágio de alerta por período superior a duas semanas consecutivas, especialmente quando houver tendência de agravamento epidemiológico, aumento sustentado da demanda assistencial ou risco iminente de progressão para cenário de emergência. A decisão deverá considerar a análise integrada dos indicadores, bem como a avaliação técnica da capacidade operacional do município para resposta ao evento.

Em caso de decretação de emergência sem que os indicadores tenham de fato atingido esse critério, a sala de situação deverá permanecer em frequência mínima semanal,

com avaliação criteriosa da necessidade de instalação do COE.

10 DESMOBILIZAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

A desmobilização é o processo formal e escalonado de redução das estruturas extraordinárias ativadas durante a resposta à emergência de doenças respiratórias/SRAG, com o objetivo de restabelecer o funcionamento ordinário da Rede de Atenção à Saúde (RAS) sem comprometer a capacidade de resposta em caso de reversão do cenário epidemiológico. A desmobilização deve ser conduzida de forma técnica, gradual e reversível, sob coordenação da Sala de Situação, e formalizada perante o Secretário de Saúde e o Gabinete do Prefeito.

10.1 Indicadores de Estabilidade

Para que se inicie o processo de desmobilização, todos os indicadores abaixo devem ser atendidos de forma simultânea e cumulativa, comprovados por relatórios técnicos da vigilância epidemiológica e da assistência:

Indicador	Critério de Estabilidade
Nível de acionamento	Retorno formal à fase de Normalidade ou Mobilização conforme matriz de risco do plano de contingência.
Segurança assistencial	Redução progressiva e sustentada de atendimentos por condições respiratórias nas UPAs e na APS por **3 Semanas Epidemiológicas** consecutivas.
Sustentabilidade	Tendência de queda nos indicadores epidemiológicos e redução sustentada da positividade em amostras respiratórias por **3 Semanas Epidemiológicas** consecutivas.
Estabilidade Hospitalar	Redução de **≥ 20%** nas internações em relação ao pico epidêmico e ausência de ativação do PCP CLM por **14 dias.**
Segurança de Insumos	Garantia de estoques estratégicos para atendimento SRAG (EPIs, medicamentos e correlatos) para no mínimo **30 dias** de operação.
Serviços e Sistemas	Plena funcionalidade da infraestrutura, processos e sistemas de informação ativos.

10.2 Validação Operacional

A transição entre as fases de resposta e desmobilização exige validação técnica e política. O marco inicial é a Deliberação Técnica/Sanitária, consubstanciada em parecer técnico emitido pela Sala de Situação, recomendando formalmente a progressão do Plano para a fase de desmobilização com base no cumprimento integral dos indicadores do item 10.1.

10.3 Desmobilização Operacional

A desmobilização ocorre de forma escalonada, para garantir a segurança do sistema de saúde e a capacidade de resposta imediata em caso de reversão do cenário:

Etapa	Gatilho	Ações
10.3.1 Desmobilização Parcial	Manutenção do status de Normalidade ou Mobilização somada à tendência de queda sustentada por **14 dias**.	Início da desativação progressiva de leitos de contingência e redução gradual das escalas de trabalho extraordinárias contratadas para o período de crise.
10.3.2 Encerramento Operacional	Indicadores de internações estáveis ou com tendência de queda, após a desmobilização parcial, por, pelo menos, **2 Semanas Epidemiológicas consecutivas**.	Desativação completa dos leitos remanescentes de contingência e desmobilização das estruturas temporárias de atendimento.
10.3.3 Deliberação Técnica/Sanitária	Cumprimento das etapas anteriores.	Emissão de parecer técnico final pela Sala de Situação, recomendando o encerramento formal do Decreto de Emergência (ou de Calamidade Pública) vigente.
10.3.4 Ato Administrativo	Parecer técnico favorável (10.3.3).	Publicação oficial do instrumento jurídico que encerra o Estado de Emergência no âmbito do município. O CIEVS-BH deve encaminhar o decreto de encerramento, assim que publicado, ao CIEVS-Minas.
10.3.5 Vigilância Pós-Emergência	Encerramento operacional (10.3.2/10.3.4).	Manutenção do monitoramento intensificado por **quatro semanas consecutivas**, para detecção precoce de rebotes. A desmobilização operacional **não** implica o encerramento das atividades de vigilância, que permanecem em estado de alerta para o acionamento dos gatilhos de reativação (item 10.4).

10.4 Critérios de Reativação do Plano de Contingência

O Plano de Contingência será reativado imediatamente, com retorno automático às fases de resposta, caso qualquer um dos gatilhos abaixo seja atingido durante o processo de desmobilização ou no período de vigilância pós-emergência:

Gatilho de Alerta	Critério para Reativação Imediata
Atendimentos por condições respiratórias nas UPAs e APS	Crescimento superior a 20% por duas semanas consecutivas em relação à Semana Epidemiológica de início da desmobilização.
Solicitações Internação por SRAG	Aumento abrupto das solicitações de internação por SRAG em 20% sustentado por 1 semana

A identificação de qualquer gatilho de reativação anula o processo de desmobilização em curso, exigindo a remobilização imediata das equipes e leitos conforme as fases originais do Plano de Contingência ("Estágios Operacionais").

10.5 Governança e Responsabilidades

A condução do processo de desmobilização observa a mesma estrutura de governança prevista para o acionamento do Plano (item 8):

- **Sala de Situação:** avalia continuamente o cumprimento dos indicadores de estabilidade (10.1), delibera sobre o avanço entre as etapas de desmobilização (10.3) e emite os pareceres técnicos correspondentes;
- **DPSV:** consolida tecnicamente as análises apresentadas pelas áreas participantes, cabendo a cada unidade a responsabilidade pela produção, validação e apresentação dos indicadores sob sua governança;
- **DMAC/GERAH:** produzem e validam os indicadores relacionados a leitos e internações, incluindo o indicador unificado do item 10.3 e os parâmetros do gatilho de reativação por redução de oferta de leitos (item 10.4);
- **GAFIE/SUASA:** monitoram e reportam a manutenção dos estoques estratégicos de insumos (item 10.1);
- **GVIGE/CIEVS:** acompanham os indicadores epidemiológicos e de positividade viral, e formalizam a comunicação do decreto de encerramento ao CIEVS-Minas.
- **SUPVISA:** formaliza ao Secretário de Saúde e ao Gabinete do Prefeito as recomendações de desmobilização parcial, encerramento operacional e revogação do Decreto de Emergência;

A governança da desmobilização deverá observar integralmente a estrutura institucional definida no item 8 deste Plano, incluindo a manutenção de representantes titulares e suplentes, a participação das áreas responsáveis pelos indicadores, a análise integrada do cenário, o registro das decisões, a definição de responsáveis e prazos e o acompanhamento sistemático dos encaminhamentos.

As áreas responsáveis deverão apresentar, nas reuniões de acompanhamento da desmobilização, a situação dos indicadores sob sua governança, a recuperação da capacidade operacional, os riscos de reativação, as pendências existentes e as medidas necessárias para retorno seguro à normalidade.

Nenhuma etapa de desmobilização deverá ser considerada concluída exclusivamente pela redução de indicadores epidemiológicos. A decisão deverá considerar, de forma integrada, a situação epidemiológica, assistencial, hospitalar, de insumos, pessoas, infraestrutura, sistemas e demais dimensões relevantes para a manutenção da capacidade de resposta.

Os encaminhamentos decorrentes da desmobilização deverão ser registrados no instrumento de acompanhamento da Sala de Situação ou do COE, conforme a estrutura vigente, mantendo-se a obrigatoriedade de definição de responsável, prazo e mecanismo de verificação.

A identificação de qualquer gatilho de reativação previsto neste plano deverá ser comunicada imediatamente à coordenação da resposta e às áreas responsáveis, interrompendo o processo de desmobilização quando tecnicamente indicado e acionando novamente as estruturas correspondentes ao nível de resposta requerido.

A avaliação pós-evento deverá verificar a efetividade da estrutura de governança, da participação das áreas, da representação por titular e suplente, do fluxo de informações, do processo decisório, do acompanhamento dos encaminhamentos e da execução do Plano de Ação da Oficina, incorporando os ajustes necessários aos ciclos subsequentes.

10.6 Revisão e Aprimoramento Contínuo

Após o encerramento operacional, deve ser realizada oficina de revisão pós-evento, com participação de todas as áreas técnicas envolvidas na Sala de Situação, destinada a:

- registrar as lições aprendidas durante a resposta e a desmobilização;

- revisar a assertividade dos indicadores e dos limiares utilizados, inclusive o indicador unificado provisório (item 10.3) e os critérios de reativação (item 10.4), à luz da experiência acumulada;
- avaliar a inclusão de novos indicadores complementares, como o monitoramento sistemático de estoques estratégicos e a positividade viral, como parte permanente dos critérios de desmobilização;
- Produzir relatório técnico final de revisão pós-evento;
- atualizar este capítulo e o Plano de Contingência como um todo, incorporando os ajustes identificados para eventos sazonais futuros.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Competências da Secretaria Municipal de Saúde**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/saude. Acesso em: 9 fev. 2026.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Estrutura das Regionais**. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br. Acesso em: 6 mar. 2026.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Perfil das Regionais.** Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/orcamento/perfil-das-regionais. Acesso em: 6 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica/view
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Nota técnica Nº 11/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Atualizar e orientar as novas diretrizes de vigilância da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios (OVR) de importância em saúde pública, substituindo as recomendações anteriormente publicadas no Guia de Vigilância Integrada da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios de Importância em Saúde Pública (2024) e outros documentos anteriormente vigentes**. Brasília, DF: MS, 2023i. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-11-2026-cgcovid.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023**. Brasília, DF: MS, 2023l. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-deinfluenza-2023/view
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. **Guia para elaboração de planos de contingência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2023. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/guia-para-elaboracao-de-planos-de-contingencia

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. **Guia de Avaliação Pós-Evento para Emergências em Saúde Pública [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Emergências em Saúde Pública. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-de-avaliacao-pos-evento-para-emergencias-em-saude-publica.pdf/view
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e População de Belo Horizonte**: panorama. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama. Acesso em: 6 mar. 2026.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização. **Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento de Vírus Respiratórios**. Minas Gerais, 2025. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2026/03/Plano-Estadual-de-Contingencia-para-Enfrentamento-aos-Virus-Respiratorios-1.pdf

ANEXO I - Protocolos assistenciais

- PAP UPAs 008 - Coleta Diária de Amostras RT PCR - SRAG nas UPAs
- PAP UPAs 003 - Evolução de Paciente com Síndrome Respiratória Aguda - Bronquiolite
- PAP UPAs 005 - Orientações para Aplicação de Medicações em Aerossóis/Spray
- Guia Diretrizes Atenção Domiciliar
- Atendimento aos pacientes com síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG) - ênfase em covid-19 - 2020
- Manejo da sinusite aguda em criança - 2022 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/11-3-26_smsa_prtcl_sinusite_aguda-2022.pdf
- Pneumonia adquirida em comunidade - crianças e adolescentes - 2021 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/11-3-26_smsa_prtcl_pneumonia-2021.pdf
- Bronquiolite viral aguda - 2020 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/11-3-26_smsa_prtcl_bronquiolite-2020.pdf
- Manejo da exacerbação asmática na infância (crianças de 2 a 12 anos) - 2020 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/11-3-26_smsa_prtcl_manejo_asma-2020.pdf
- Programa criança que chia - orientações para a classificação e o manejo da criança e do adolescente com asma - 2020 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/cartilha-crianca-que-chia-22-05-2020.pdf
- Manual de boas práticas assistenciais do serviço de atendimento móvel de urgência de belo horizonte (samu-bh) - 2025 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2025/24-01-2025_smsa_manual-boas-praticas-samu.pdf
- Protocolo CRUPE na Infância (Laringotraqueítes) - Abordagem e Manejo - 2026 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/09-03-26-smsa-protocolo-crupe.pdf
- Guia de Manejo das pessoas com Rinite Alérgica - 2015 https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_rinite_alergica.pdf

ANEXO II – FRAMEWORK DE DESMOBILIZAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS VIRAIS

Diretrizes para transição de fases, encerramento operacional e critérios de reativação

1. Indicadores de Estabilidade

Para iniciar o processo de desmobilização das estruturas de contingência, todos os indicadores listados abaixo devem ser atendidos de forma **simultânea** e **cumulativa**. A estabilidade deve ser comprovada por meio de relatórios técnicos da vigilância epidemiológica e assistencial.

Indicador	Critério de Estabilidade
Nível de acionamento	Retorno formal à fase de Normalidade ou Mobilização conforme matriz de risco do plano de contingência.
Segurança assistencial	Redução progressiva e sustentada de atendimentos por condições respiratórias nas UPAs e na APS por **3 Semanas Epidemiológicas** consecutivas.
Sustentabilidade	Tendência de queda nos indicadores epidemiológicos e redução sustentada da positividade em amostras respiratórias por **3 Semanas Epidemiológicas** consecutivas.
Estabilidade Hospitalar	Redução de **≥ 20%** nas internações em relação ao pico epidêmico e ausência de ativação do PCP CLM por **14 dias.**
Segurança de Insumos	Garantia de estoques estratégicos para atendimento SRAG (EPIs, medicamentos e correlatos) para no mínimo **30 dias** de operação.
Serviços e Sistemas	Plena funcionalidade da infraestrutura, processos e sistemas de informação ativos.

2. Validação Operacional

A transição entre as fases de resposta e desmobilização exige validação técnica e política. O marco inicial é a **Deliberação Técnica/Sanitária**, consubstanciada em parecer técnico emitido pela Sala de Situação. Este documento deve recomendar formalmente a progressão do plano de contingência para a fase de desmobilização, baseando-se no cumprimento integral dos indicadores do item anterior.

3. Desmobilização Operacional

A desmobilização ocorrerá de forma escalonada para garantir a segurança do sistema de saúde e a capacidade de resposta imediata em caso de reversão do cenário.

3.1 Desmobilização Parcial

Gatilho: Manutenção do status de Normalidade ou Mobilização somado à tendência de queda sustentada por 14 dias.

Ações: Início da desativação progressiva de leitos de contingência e redução gradual das escalas de trabalho extraordinárias contratadas para o período de crise.

3.2 Encerramento Operacional

Gatilho: Indicadores de internações estáveis ou com tendência de queda após a desmobilização parcial por, pelo menos, duas semanas epidemiológicas consecutivas.

Ações: Desativação completa dos leitos remanescentes de contingência e desmobilização das estruturas temporárias de atendimento.

3.3 Deliberação Técnica/Sanitária

Emissão de parecer técnico final pela Sala de Situação recomendando o encerramento formal do Decreto de Emergência ou de Calamidade Pública vigente.

3.4 Ato Administrativo

Publicação oficial do instrumento jurídico que encerra o Estado de Emergência no âmbito do município/região.

3.5 Vigilância Pós-Emergência

Manutenção do monitoramento intensificado para detecção precoce de rebotes por quatro semanas consecutivas após o encerramento operacional. A desmobilização operacional não

implica no encerramento das atividades de vigilância, que permanecem em estado de alerta para acionamento dos gatilhos de reativação.

4. Critérios de Reativação do Plano de Contingência

O Plano de Contingência será reativado imediatamente, com retorno automático às fases de resposta, caso qualquer um dos gatilhos abaixo seja atingido:

Gatilho de Alerta	Critério para Reativação Imediata
Atendimentos por condições respiratórias nas UPA e APS	Crescimento superior a 20% por duas semanas consecutivas em relação à Semana Epidemiológica de início da desmobilização.
Solicitações Internação por SRAG	Aumento abrupto das solicitações de internação por SRAG em 20% sustentado por 1 semana

Atenção: A identificação de qualquer gatilho de reativação anula o processo de desmobilização em curso, exigindo a remobilização imediata das equipes e leitos conforme o Plano de Contingência original.

ANEXO III - ROTEIRO ESTRUTURADO PARA PREPARAÇÃO E CONDUÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO

1. Finalidade

Auxiliar na preparação da Sala da Situação pelas áreas, de forma que a reunião seja orientada à análise integrada do cenário, identificação de riscos, tomada de decisão e encaminhamento de medidas de resposta.

2. O QUE CADA ÁREA DEVE FAZER ANTES DA REUNIÃO

Após o acionamento da Sala de Situação, cada área deverá:

- confirmar a participação do representante titular e/ou suplente;
- verificar os indicadores, informações e demandas sob sua responsabilidade;
- atualizar os dados até a data de referência definida para a reunião;
- verificar a tendência dos indicadores e sua comparação com a linha de base ou período anterior;
- identificar riscos, gargalos e situações que possam comprometer a resposta;
- verificar as medidas já em andamento e seus resultados;
- revisar os encaminhamentos anteriores sob sua responsabilidade;
- identificar necessidades que dependam de outras áreas;
- definir, quando pertinente, proposta de intervenção ou encaminhamento;
- informar previamente inconsistências, indisponibilidade de dados ou limitações de capacidade que possam interferir na análise.

3. INFORMAÇÕES MÍNIMAS A SEREM LEVANTADAS

Cada área deverá, conforme sua competência, preparar as seguintes informações:

Informação	Pergunta orientadora
Situação atual	Como está o cenário neste momento?
Tendência	Está aumentando, reduzindo ou estável?
Comparação	Como está em relação à linha de base ou período de referência/anterior?
Capacidade	Qual a capacidade disponível e quanto está sendo utilizada?

Riscos	Quais os principais riscos identificados?
Gargalos	O que está limitando ou pode limitar a resposta?
Recursos críticos	Há necessidade de pessoal, insumos, medicamentos, equipamentos, infraestrutura ou outros recursos?
Medidas em andamento	O que já está sendo feito?
Resultado	As medidas adotadas estão produzindo o resultado esperado?
Dependências	Há alguma ação que dependa de outra área ou instância?
Proposta	O que a área recomenda que seja feito?
Monitoramento	Como será verificado se a medida produziu o resultado esperado?

4. CONDUÇÃO DA REUNIÃO

A reunião deverá seguir, preferencialmente, a seguinte sequência:

4.1 Abertura

- confirmação dos participantes;
- apresentação do cenário e nível de acionamento;
- identificação das prioridades da reunião.

4.2 Acompanhamento dos encaminhamentos anteriores

- situação das ações;
- pendências críticas;
- justificativas para atrasos;
- necessidade de repactuação.

4.3 Situação consolidada

- principais indicadores epidemiológicos;
- pressão assistencial;
- capacidade da Rede de Atenção à Saúde;

- recursos críticos;
- principais riscos e tendências.

4.4 Tomada de decisão

- Para cada decisão tomada deve ser definido: responsável, prazo, forma de acompanhamento.
- Quando a decisão depender de instância superior ou recurso extraordinário, a necessidade deverá ser registrada e encaminhada à instância competente.

5. REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS

Todo encaminhamento da reunião deverá ser registrado no instrumento de acompanhamento. Os responsáveis pela ação deverão comunicar alterações de prazo, impedimentos ou necessidade de apoio antes do vencimento do prazo.

6. ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

Ao final da reunião, deverão ser confirmados:

- principais decisões;
- encaminhamentos pactuados;
- responsáveis;
- prazos;
- necessidades de articulação;
- pendências críticas;
- data ou condição para a próxima reunião.

A ata e o instrumento de acompanhamento deverão ser compartilhados para validação e acompanhamento institucional.

7. RESPONSABILIDADE DAS ÁREAS

A preparação das informações é responsabilidade de cada área participante, cabendo às respectivas chefias assegurar a indicação de representante titular e suplente, a disponibilidade das informações e a capacidade de representação necessária ao nível de acionamento.

A Sala de Situação constitui espaço de integração das informações e coordenação técnico-operacional da resposta. A responsabilidade técnica e operacional pela execução

das medidas permanece com as áreas competentes, conforme suas atribuições previstas neste Plano.