

BOLETIM ESPECIAL URS UBERABA

Número V

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Fábio Baccheretti Vitor

Secretário de Estado Adjunto

André Luiz Moreira dos Anjos

Chefia de Gabinete

João Márcio Silva de Pinho

Assessora de Comunicação Social

Virgínia Cornélio da Silva

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Marcilio Dias Magalhães

Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde

Juliana Ávila Teixeira

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

André de Andrade Ranieri

Subsecretaria de Gestão Regional

Darlan Venâncio Thomaz Pereira

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Janaína Passos de Paula

Dirigente da Regional de Saúde de Uberaba

Maurício Ferreira

Equipe responsável pela elaboração

Denise Maciel Carvalho

Edinel Conceição de Ávila

Felipe Ivonez Borges Alexandre

Fernando Freitas Siqueira Silva

Ivone Maria de Melo Carneiro

Janaína dos Santos Machado Lacerda

Junia Vilela de Oliveira

Luana Ribeiro Terada

Maurício Oliveira

Roberta Abadia Resende da Silveira

Sheila Beatriz Rezende de Oliveira

Thaís Barbosa Correa Teixeira

Apresentação

Este boletim tem como objetivo descrever os aspectos epidemiológicos e assistenciais relacionados aos casos de COVID-19 na URS Uberaba e orientar as ações de vigilância, prevenção e controle. Trata-se de uma edição especial, que passará a ser produzida semanalmente ou quinzenalmente a partir deste número, adotada em todas as macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Até a primeira edição deste Boletim Especial **foram produzidos 54 boletins pela URS Uberaba**, sendo 48 divulgados às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde Triângulo Sul e 6 internos, com vistas a contribuir para a tomada de decisão no importante processo de enfrentamento à pandemia de COVID-19. Esta nova etapa segue fundamentada na evolução do padrão de informação adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, considerando as fontes de dados disponibilizadas no Painel de Monitoramento de Casos de COVID-19 e pela Sala de Situação Estadual.

1. SITUAÇÃO DA COVID-19 NO BRASIL, MINAS GERAIS E MACRORREGIÃO DE SAÚDE TRIÂNGULO DO SUL

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. Os primeiros coronavírus humanos foram isolados em 1937, no entanto, somente em 1965 foram descritos como coronavírus, em decorrência do seu perfil na microscopia, semelhante a uma coroa. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas à infecção. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1. O novo agente do coronavírus, Sars-Cov-2, foi descoberto em 31/12/2019 após registro de casos de uma pneumonia atípica identificados na China. Posteriormente denominou-se COVID-19 a doença causada pelo Sars-Cov-2 (Brasil, 2020). De 31 de dezembro de 2019 a 16 de maio de 2020, foram registrados 4.425.485 casos e 302.059 óbitos confirmados por COVID-19 em 216 países e territórios (Cavalcante et al, 2020).

O primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil foi registrado em 26/02/2020, semana epidemiológica (SE) 09, diagnosticado em São Paulo no Hospital Israelita Albert Einstein. Tratou-se de um caso importado, indivíduo do sexo masculino, brasileiro, com 61 anos de idade, proveniente da Itália, região da Lombardia. No dia 22/03, vinte e cinco dias após a confirmação do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, todas as unidades federadas já haviam notificado casos da doença. Passados cinquenta e seis dias do milésimo registro, o número de casos aumentou mais de duzentas vezes, atingindo 233.142 casos no final da SE 20. O primeiro óbito foi registrado em 17/03, vinte dias após a confirmação do primeiro caso, também no estado de São Paulo, e, mais uma vez, se tratava de um homem idoso, com o diferencial de não ter realizado viagem internacional. O estado do Tocantins foi o último a registrar sua primeira morte pela doença, vinte e nove dias após a confirmação do primeiro óbito. Em 20 de março, o país decretou transmissão comunitária em todo o território nacional e, ao final da 20ª SE, 3.240 municípios (58,2% do total de municípios brasileiros) apresentaram pelo menos um caso confirmado de COVID-19 (Cavalcante et al, 2020).

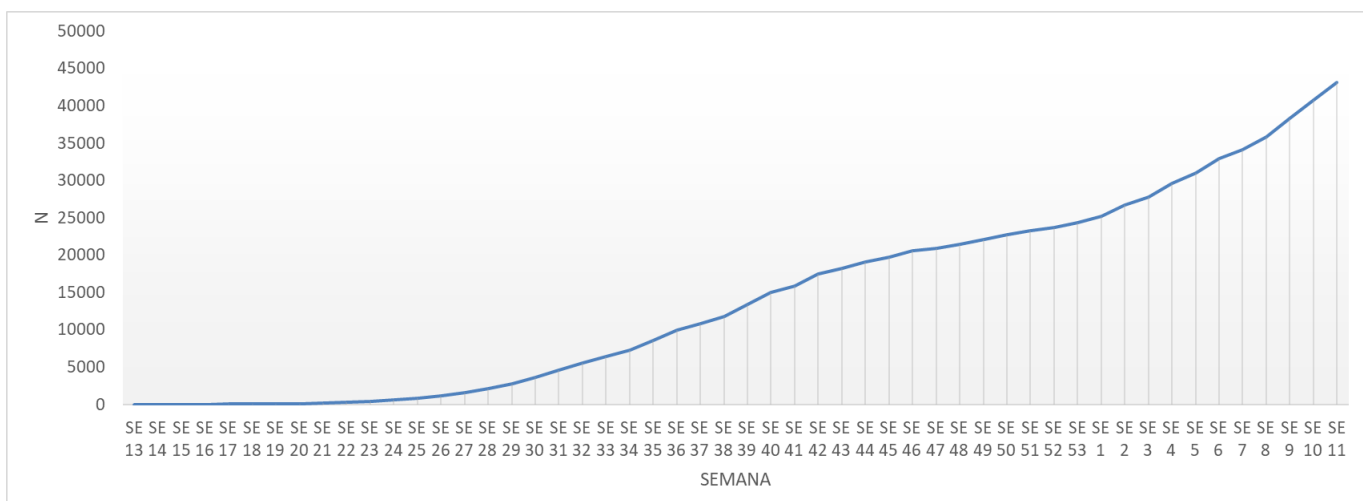
No Estado de Minas Gerais o primeiro caso foi identificado em Divinópolis, na Macrorregião de Saúde Oeste, na semana epidemiológica 10. Em comum com o primeiro caso brasileiro, tratou-se de um caso importado, proveniente da Itália, entretanto, do sexo feminino com 47 anos de idade. Logo em seguida, na semana 11, foram identificados dois novos casos em Minas Gerais, um na Macrorregião de Saúde Oeste e outro no Vale do Aço.

Na semana epidemiológica 12 foram detectados vinte e dois casos em cinco macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais e, na semana 13, foram identificados os primeiros casos confirmados na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, em Campos Altos e Uberaba.

O primeiro óbito causado pela Covid-19 em Minas Gerais ocorreu na semana epidemiológica 14. A paciente era idosa, com 82 anos de idade, residente em Belo Horizonte, portadora de doenças crônicas. Na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, o primeiro óbito foi registrado em Uberaba, na semana epidemiológica 15, sendo também um paciente idoso, de 74 anos, portador de comorbidades.

Em cerca de cem dias de pandemia, os casos de Covid-19 se espalharam para os demais vinte e cinco municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, com a evolução de 4 casos na semana epidemiológica 13/2020 (0,5 caso por 100 mil habitantes) para **43.184 casos confirmados** até meados da semana epidemiológica 11/2021, equivalendo a **5.409,2 casos por 100 mil habitantes** (gráfico 1). Notadamente observamos o aumento do número de casos confirmados a partir da SE nº 1 de 2021 em relação às semanas anteriores.

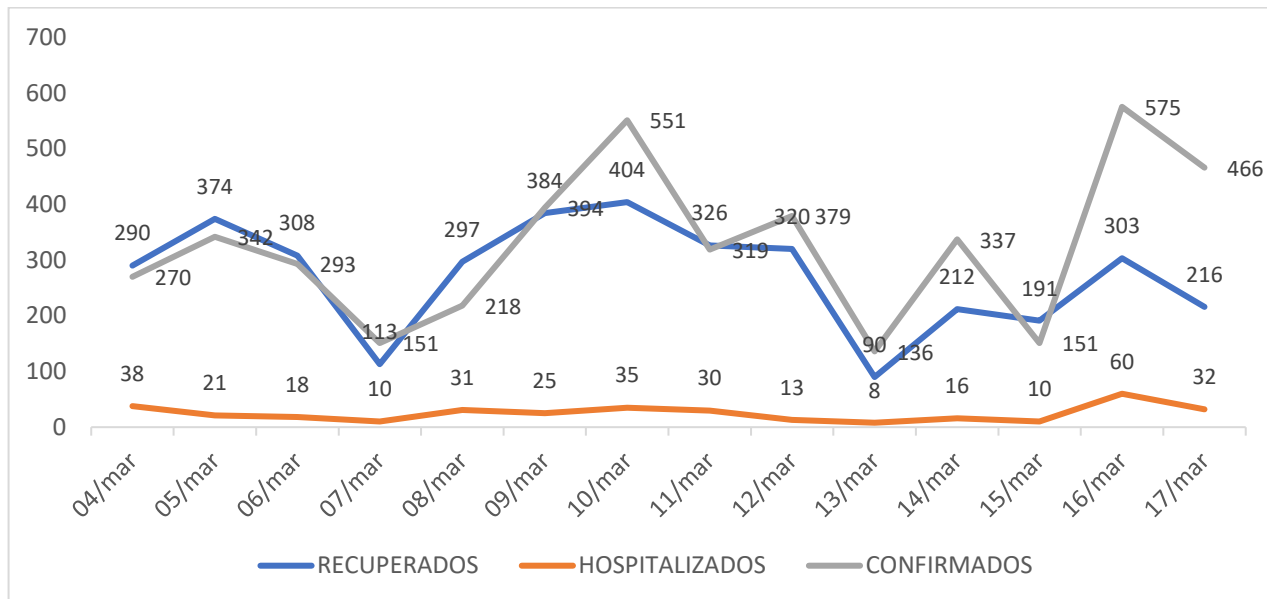
Gráfico 1 - Evolução de casos confirmados acumulados de Covid-19 segundo semana epidemiológica. Macrorregião Triângulo Sul, 2021.



FONTE: Informes Epidemiológicos disponíveis em <<http://coronavirus.saude.mg.gov.br/boletim>>

Nos últimos 14 dias, período entre 04/03/2021 e 17/03/2021, foram informados por meio do Painel COVID-19 pelos 27 municípios da macrorregião de saúde Triângulo do Sul um total de 4.582 casos positivos confirmados, 3.828 casos recuperados e 347 casos hospitalizados que são apresentados pelo gráfico 2. Nota-se que esse período engloba os dias em que houve a maior quantidade de casos positivos confirmados desde o começo da pandemia (466 casos). Como o Painel COVID-19 é alimentado diretamente pelos municípios, é possível que em alguns dias haja uma falha no envio da informação, resultando em datas que contam com dados acumulados (como visto nos dias 10/03 e 16/03) que não refletem a real situação do dia em questão.

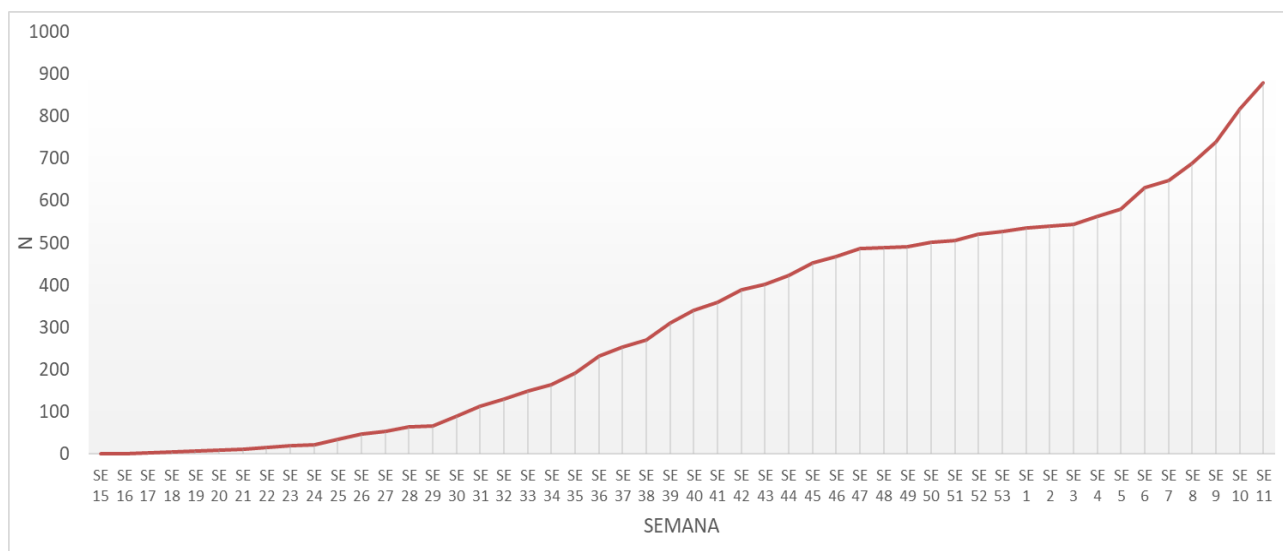
Gráfico 2 - Casos positivos confirmados, recuperados e hospitalizados entre 04/03/2021 e 17/03/2021.



FONTE: Painel COVID - 19, atualizado em 17/03/2021.

Com relação aos óbitos, o gráfico 3 apresenta a evolução na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul entre a semana epidemiológica 15/2020 (um óbito) e até meados da semana epidemiológica 11/2021, com 879 óbitos. Da mesma forma do que observamos para os casos confirmados, observamos o nítido aumento do número de óbitos a partir da SE nº 1 de 2021 em relação às semanas anteriores.

Gráfico 3 - Evolução de óbitos acumulados confirmados de Covid-19 segundo semana epidemiológica. Macrorregião Triângulo Sul, 2021.



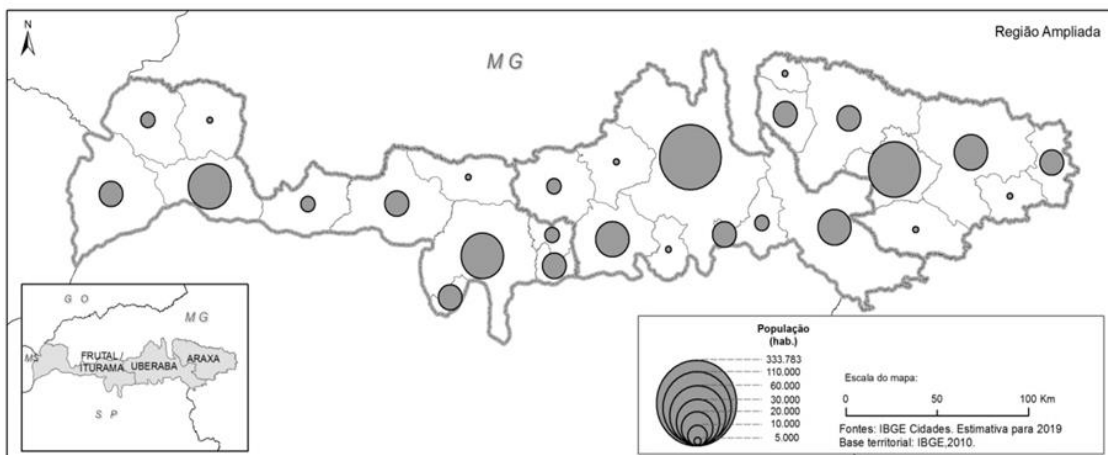
FONTE: Informes Epidemiológicos disponíveis em <<http://coronavirus.saude.mg.gov.br/boletim>>

A macrorregião de saúde Triângulo Sul coincide com a Região Geográfica Intermediária definida pelo IBGE (2017), integra 27 municípios que se subdividem em três Microrregiões de Saúde: Araxá, Uberaba e Frutal/Iturama. A área possui uma grande extensão longitudinal; as duas sedes municipais extremas, Carneirinho (a oeste) e Campos Altos (à leste), distam 530 km entre si, denotando a importância das definições de Microrregiões para o atendimento aos municípios do entorno. A população estimada para a região em 2020 é de 798.341 habitantes; a cidade de Uberaba, com população estimada em 337.092 em 2020, centraliza a região e detém os serviços de saúde de maior complexidade, em tecnologia e profissionais, seguida por Araxá, com população estimada em 107.337 habitantes, Frutal, com 60.012 habitantes, e Iturama com 39.690 habitantes (IBGE, 2020) (figura 1) (Ferreira et al, 2020).

Observamos que, dos 27 municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 20 (cerca de 75,0%) possuem população inferior a 20 mil habitantes, o que significa uma maior dependência de serviços de saúde de maior complexidade disponíveis nos municípios de maior porte (figura 1).

Os municípios da região possuem diferentes vínculos, que podem ser observados na classificação das Regiões de Influência das Cidades - REGIC (IBGE, 2018). Tais influências destacam as relações de bens, serviços e atividades de gestão de um município com outro(s) município(s) e isso impacta diretamente no estilo de vida e situação de saúde da população. Geralmente estas vinculações são constatadas entre mais de um município e não são, necessariamente, compartilhadas com centros de uma mesma região.

Figura 1. População absoluta dos municípios da Macrorregião do Triângulo Sul (MG)

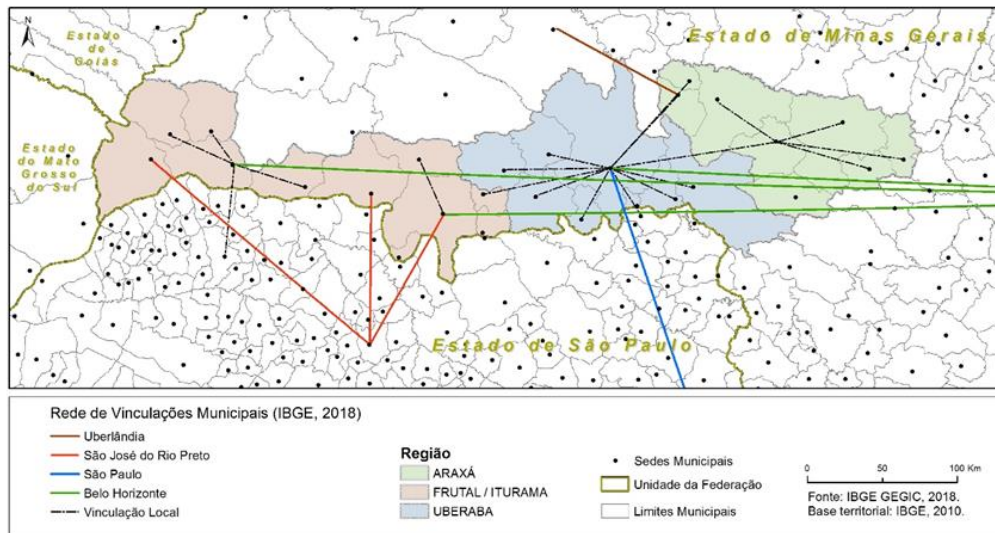


FONTE: IBGE Cidades, 2020 disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/>

No Triângulo Sul (MG) o município de São José do Rio Preto (SP) mantém forte vínculo com os municípios da Microrregião de Frutal/Iturama e Belo Horizonte com Uberaba, Frutal e Iturama. No

contexto regional, Araxá está mais vinculado com Uberaba e Santa Juliana fortemente vinculado à Uberlândia (figura 2) (Ferreira et al, 2020).

Figura 2 - Redes Finais de Regiões de Influência das Cidades (REGIC) do Triângulo Sul



FONTE: Ferreira, RV; Carvalho, DM; Souza, ALP; Martines, MR; Assunção, LM. COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE TRIÂNGULO SUL, MG: UMA PERSPECTIVA CARTOGRÁFICA. Hygeia - Edição Especial: Covid-19, jun./2020, p.49 – 59.

2. CENÁRIO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE TRIÂNGULO SUL

Além da evolução diária dos casos confirmados, é importante acompanhar os processos de “interiorização” e “popularização” da pandemia. Observamos que o vírus, ao alcançar o interior e os aglomerados urbanos, vem causando um relevante aumento do número de casos de Covid-19 em Minas Gerais, como se observou em outros estados. A interiorização pode ser mensurada considerando o incremento de casos confirmados ou notificados nos municípios/microrregiões que não são polo de Micro/Macro ou de menor densidade populacional (SESMG/BEE número 8, 2020).

As figuras a seguir apresentam a interiorização da Covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul. Atualmente, já foram registrados óbitos confirmados por Covid-19 em todos os municípios da macrorregião, com o último a registrar tendo sido Água Comprida, apenas no ano de 2021. As figuras 3, 4, 5 nos apresentam a incidência acumulada em cada município da macrorregião, além da letalidade, mortalidade e morbidade hospitalar, até o dia 17/03/2021.

Figura 3 - Letalidade acumulada por Covid-19 segundo município de residência. Macrorregião do Triângulo Sul (MG), 2021.

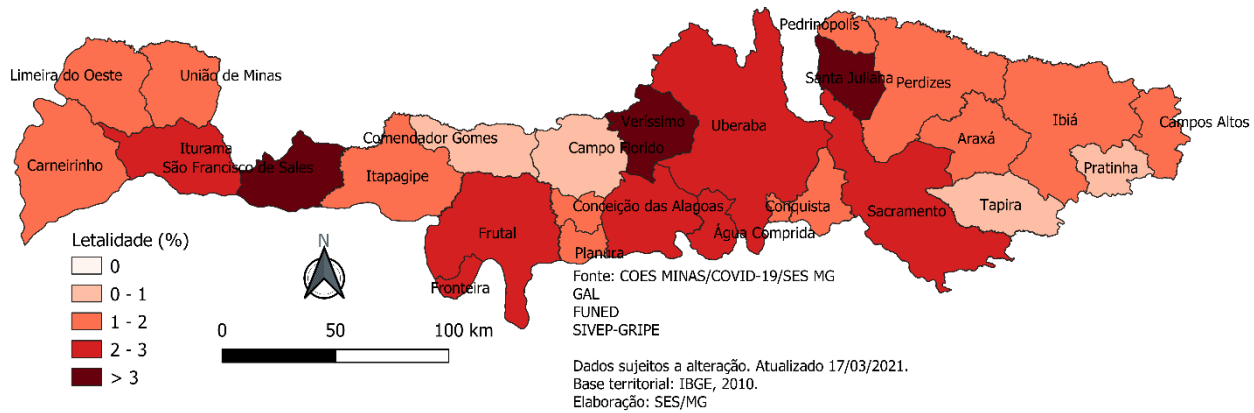


Figura 4 - Mortalidade acumulada por Covid-19 segundo município de residência. Macrorregião do Triângulo Sul (MG), 2021.

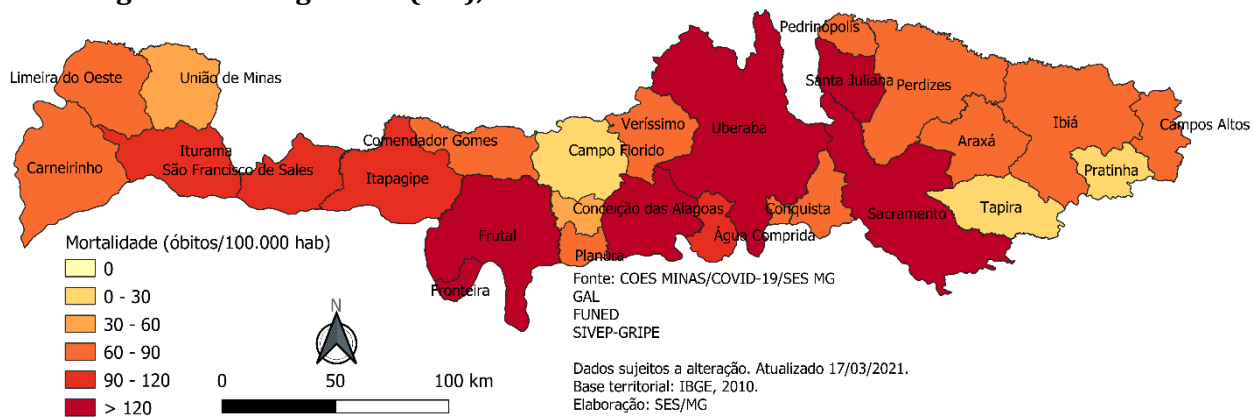
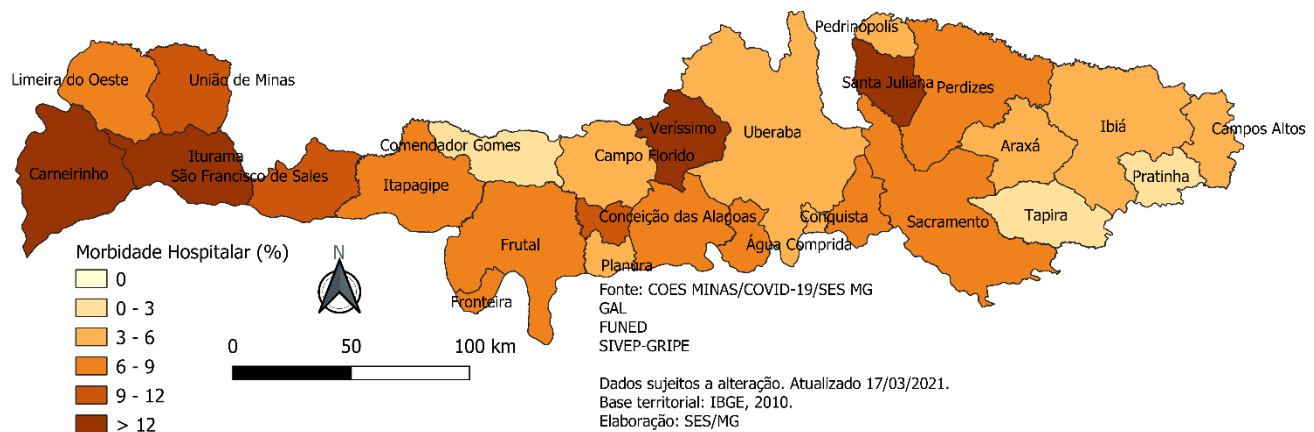
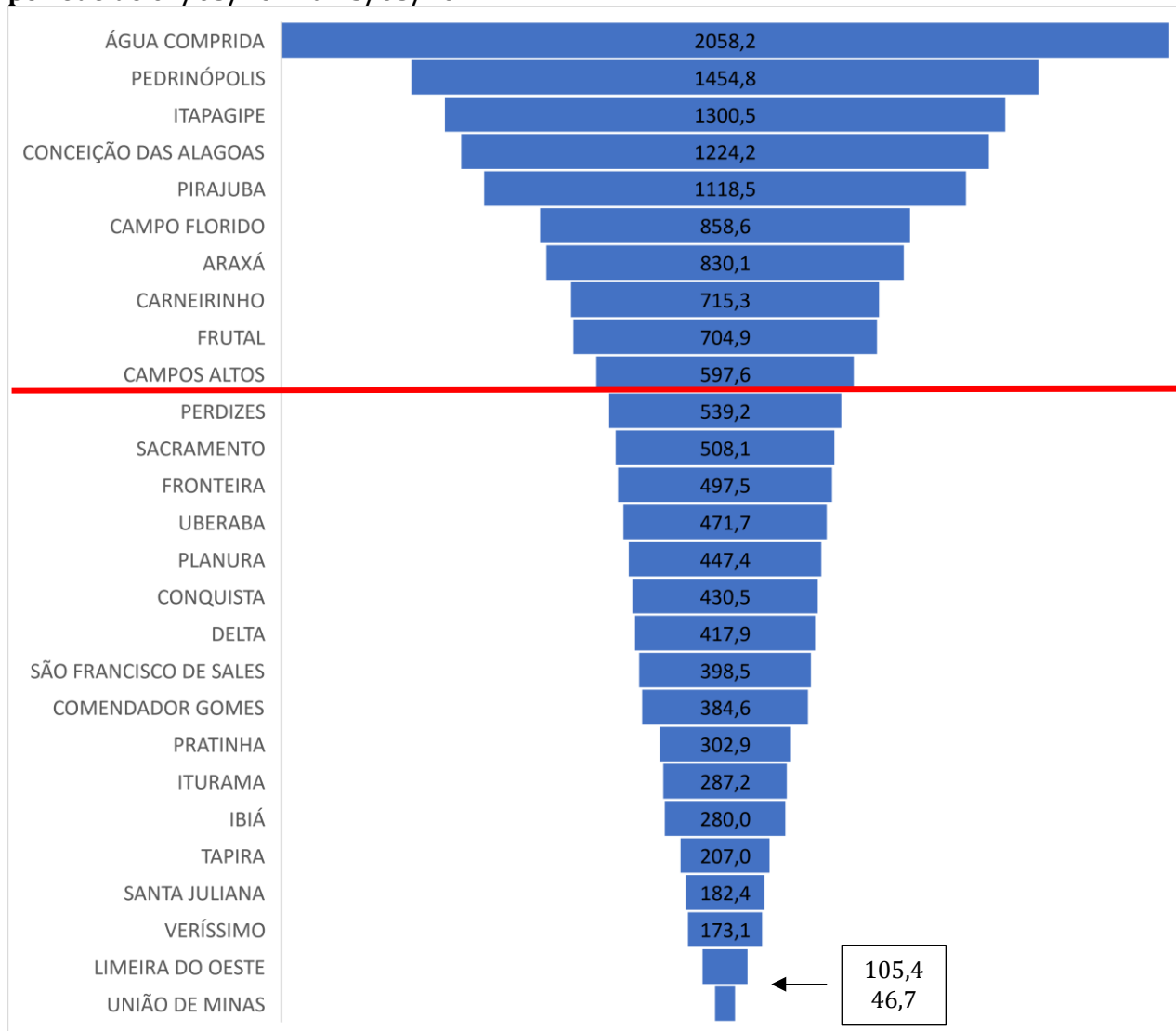


Figura 5 - Morbidade hospitalar acumulada por Covid-19 segundo município de residência. Macrorregião do Triângulo Sul (MG), 2021.



O gráfico 4 apresenta, em números relativos, a taxa de incidência de casos confirmados para o período de 04/03/2021 a 17/03/2021, onde é possível observar maior incidência recente da doença em Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Carneirinho, Conceição das Alagoas, Frutal, Itapagipe, Pedrinópolis e Pirajuba. No período analisado, a média para a macrorregião é de 573,9 casos/100.000 habitantes, representado pela linha vermelha no gráfico.

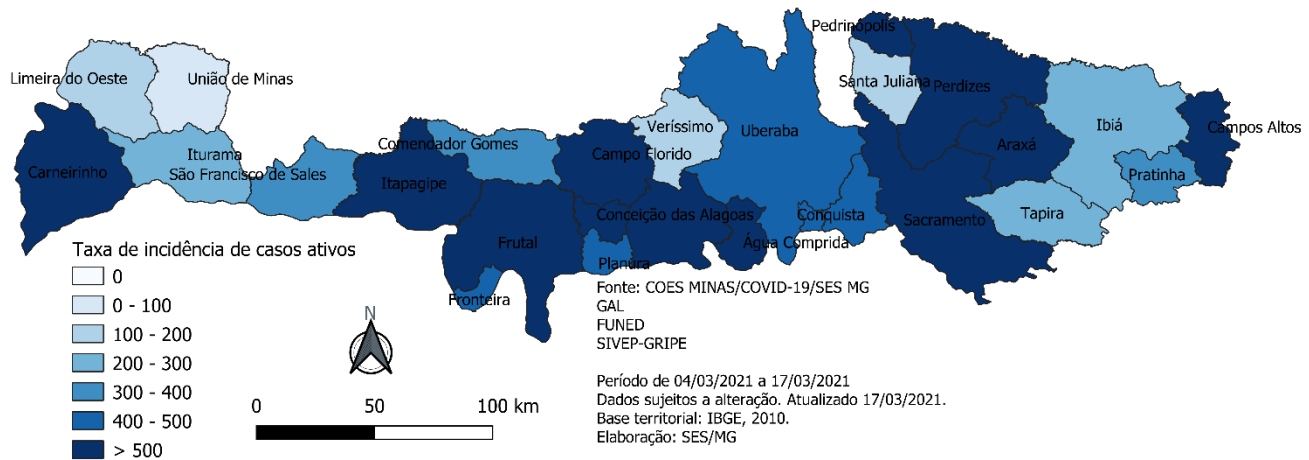
Gráfico 4 - Incidência da COVID-19 no território da Microrregião de Saúde Triângulo do Sul, no período de 04/03/2021 a 15/03/2021.



Fonte: Painel COVID. Atualizado em 17/03/2021.

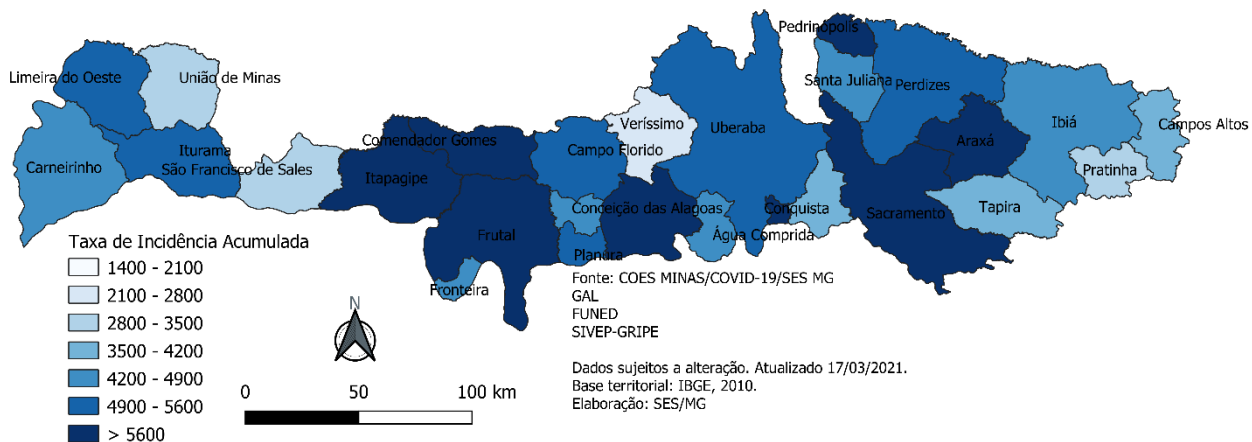
Nota-se que 10 dos 27 municípios aparecem acima da média da macrorregião, com uma amplitude variando de 2.058,2 a 46,7 casos/100.000 habitantes. Desses, destaca-se a incidência do município de Água Comprida que equivale a quase quatro vezes a média da macrorregião. Usando como base o gráfico 4 é possível transformar essas informações em um mapa de incidência de casos confirmados nos últimos 14 dias segundo município de residência que é mostrado pela figura 6.

Figura 6 - Incidência de casos confirmados nos últimos 14 dias segundo município de residência. Macrorregião do Triângulo Sul (MG), 2021.



A figura 7 apresenta a incidência acumulada para a região nos anos de 2020 e 2021, onde observamos os destaques para os municípios de Araxá, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Delta, Frutal, Itapagipe, Iturama, Pedrinópolis e Sacramento.

Figura 7 - Incidência de casos confirmados acumulada segundo município de residência. Macrorregião do Triângulo Sul (MG), 2021.



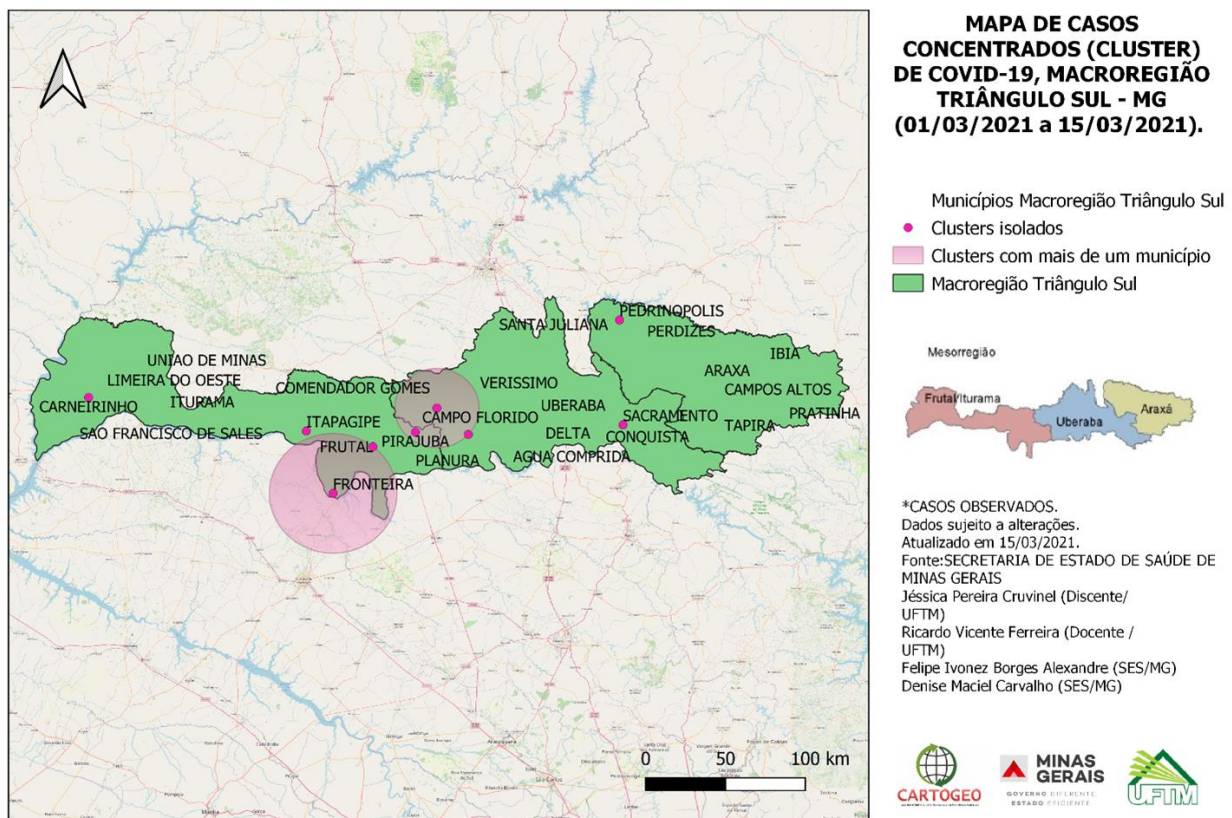
Durante a pandemia de Covid-19, a SRS/Uberaba manteve parceria com o Curso de Geografia da UFTM, participando ativamente de projetos de pesquisa e extensão coordenados pelo Prof. Dr. Ricardo Vicente Ferreira. Uma das estratégias adotadas, além da elaboração de mapas geográficos da macrorregião e de municípios com alta incidência ativa da doença (últimos 14 dias), foi a utilização da ESTATÍSTICA DE VARREDURA ESPAÇO-TEMPORAL DE POISSON PROSPECTIVA, dos casos informados pelos municípios pertencentes à macrorregião Triângulo do Sul no Painel Covid. Trata-se de uma estatística que identifica clusters espaço-temporais que estejam ocorrendo, ou seja, "ativos" (Kulldorff, 2001; Kulldorff, Athas, Feuerer, Miller, & Key, 1998).

Com os dados a seguir, foram executadas análises prospectivas de espaço-tempo procurando por clusters com altas taxas de casos por COVID-19, usando o modelo discreto de Poisson. Para essa análise, foram considerados um período mínimo de dois dias, e um máximo que corresponde a 50% de um dado período de amostral. Dentro do recorte temporal onde há um conjunto de dados por município, adotou-se uma janela espacial de 10% da população em risco, como um critério, e no mínimo 5 casos para detecção de um cluster ativo.

Por exemplo, em um recorte temporal de 30 dias, para uma população de 1.000 habitantes, é considerado o recorte espacial de 100 habitantes em risco, caso ocorram 100 casos de COVID-19 na região, permanecendo o período de dois a quinze dias como um cluster ativo. Quando um cluster é formado significa que se detectou ocorrência de casos dentro dos parâmetros especificados anteriormente. Caso o cluster esteja inserido dentro um círculo maior, entende-se que foi detectada, nos municípios vizinhos, essa mesma configuração.

No período de estudo 01/03/2021 a 15/03/2021, foram diagnosticados 4.515 casos confirmados de Covid-19 na macrorregião Triângulo Sul, onde foram detectados 6 clusters (casos concentrados) envolvendo os municípios apresentados na Figura 8.

Figura 8 - Análise de clusters para o período de 01/03/2021 a 15/03/2021.

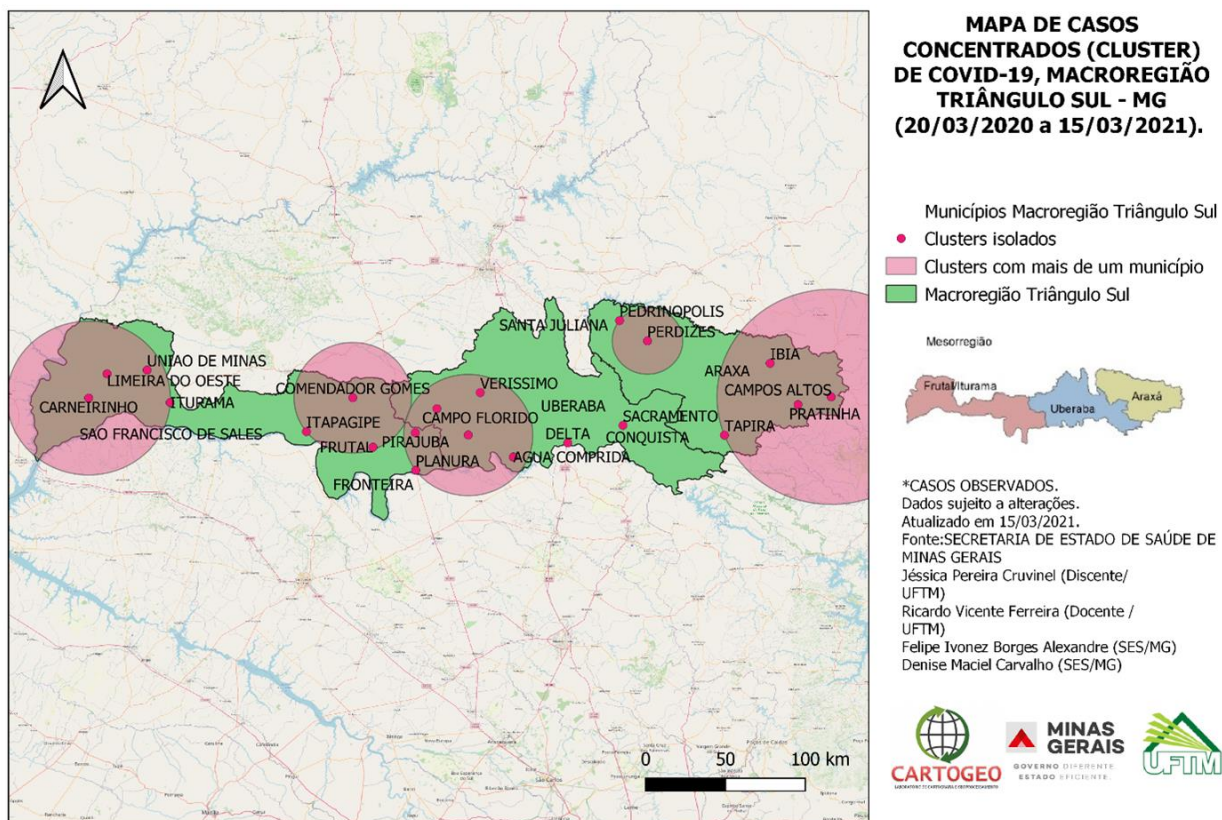


Os clusters identificados foram:

1. Campo Florido, Conceição das Alagoas e Pirajuba permanecendo por 13 dias;
2. Itapagipe com permanência de 5 dias;
3. Fronteira e Frutal permanecendo durante 5 dias;
4. Carneirinho com permanência de 5 dias;
5. Pedrinópolis com permanência de 5 dias;
6. Sacramento com permanência de 2 dias.

Além disso, executou-se uma análise visando identificar clusters ao longo de todo o período de pandemia, abrangendo as informações desde março de 2020 a março de 2021, com período de estudo de 20/03/2020 a 15/03/2021. No total, ocorreram 42.052 casos nesse espaço de tempo, na macrorregião do Triângulo Sul. Foram detectados 7 clusters (casos concentrados) envolvendo os seguintes municípios (Figura 9).

Figura 9 – Análise de clusters para o período de 20/03/2020 a 15/03/2021.



Os clusters identificados foram:

1. Comendador Gomes, Frutal e Itapagipe permanecendo por 68 dias;
2. Água Comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Pirajuba, Planura e Veríssimo com permanência por 20 dias;

3. Campos Altos, Ibiá, Pratinha e Tapira permanecendo por 76 dias;
4. Perdizes e Pedrinópolis, com permanência de 96 dias;
5. Carneirinho, Iturama, Limeira do Oeste e União de Minas permanecendo por 65 dias;
6. Sacramento permanecendo por 62 dias;
7. Delta permanecendo por 5 dias.

2.1 Casos e óbitos confirmados por COVID-19

Observamos na tabela 1 a distribuição de casos confirmados acumulados e nos últimos 14 dias, óbitos, hospitalizações, coeficientes de incidência acumulada e nos últimos 14 dias, taxas de letalidade, mortalidade e morbidade hospitalar por Covid-19 segundo municípios e microrregiões de residência, na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, atualizada em 17 de março de 2021.

Tabela 1 - Distribuição de casos, óbitos confirmados e hospitalizações por Covid-19 segundo municípios de residência. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021

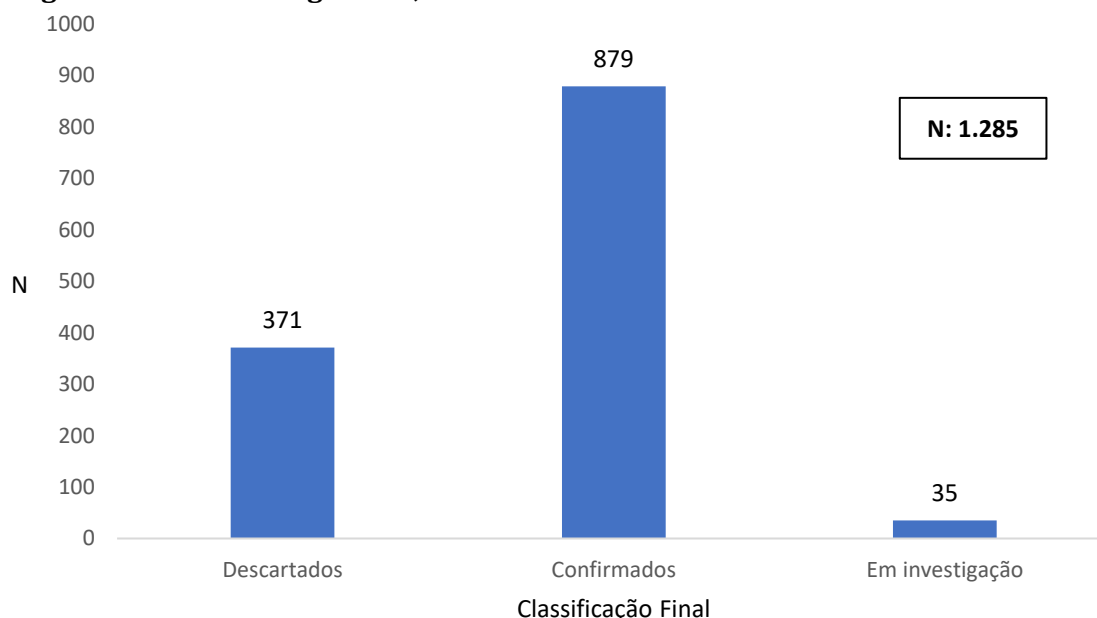
Microrregião de saúde	Município de Residência	População residente estimada (IBGE 2020)	N Casos Confirmados	INCIDÊNCIA (CASOS/100.000 HAB.)	N Casos Confirmados (últimos 14 dias)	INCIDÊNCIA CASOS ATIVOS (CASOS/100.000 HAB.)	N Óbitos	LETALIDADE %	MORTALIDADE (ÓBITOS/100.000 HAB.)	N Hospitalizados	MORBIDADE HOSPITALAR
ARAXÁ	ARAXÁ	107.337	6869	6.399,47	891	830,1	83	1,2	77,3	381	5,5
	CAMPOS ALTOS	15.563	558	3.585,43	93	597,6	10	1,8	64,3	20	3,6
	IBIÁ	25.358	1236	4.874,20	71	280,0	22	1,8	86,8	52	4,2
	PEDRINÓPOLIS	3.643	225	6.176,23	53	1454,8	3	1,3	82,3	12	5,3
	PERDIZES	16.321	838	5.134,49	88	539,2	11	1,3	67,4	55	6,6
	PRATINHA	3.631	127	3.497,66	11	302,9	1	0,8	27,5	3	2,4
	SANTA JULIANA	14.255	628	4.405,47	26	182,4	26	4,1	182,4	92	14,6
	TAPIRA	4.832	178	3.683,77	10	207,0	1	0,6	20,7	5	2,8
TOTAL MICRORREGIÃO	190.940	10.659	5.582,38	1243	651,0	157	1,5	82,2	620	5,8	
FRUTAL / ITURAMA	CARNEIRINHO	10.066	452	4.490,36	72	715,3	8	1,8	79,5	56	12,4
	COMENDADOR GOMI	3.120	250	8.012,82	12	384,6	2	0,8	64,1	7	2,8
	FRONTEIRA	18.492	869	4.699,33	92	497,5	24	2,8	129,8	56	6,4
	FRUTAL	60.012	4049	6.746,98	423	704,9	99	2,4	165,0	341	8,4
	ITAPAGIPE	15.379	880	5.722,09	200	1300,5	16	1,8	104,0	55	6,3
	ITURAMA	39.690	2092	5.270,85	114	287,2	46	2,2	115,9	261	12,5
	LIMEIRA DO OESTE	7.589	400	5.270,79	8	105,4	5	1,3	65,9	36	9,0
	PIRAJUBA	6.348	305	4.804,66	71	1118,5	3	1,0	47,3	28	9,2
	PLANURA	12.292	608	4.946,31	55	447,4	8	1,3	65,1	29	4,8
	SÃO FRANCISCO DE S.	6.274	217	3.458,72	25	398,5	7	3,2	111,6	23	10,6
UNIÃO DE MINAS	4.284	142	3.314,66	2	46,7	2	1,4	46,7	14	9,9	
TOTAL MICRORREGIÃO	183.546	10.264	5.592,06	1074	585,1	220	2,1	119,9	906	8,8	
UBERABA	ÁGUA COMPRIDA	1.992	89	4.467,87	41	2058,2	2	2,2	100,4	7	7,9
	CAMPO FLORIDO	8.269	436	5.272,71	71	858,6	2	0,5	24,2	16	3,7
	CONCEIÇÃO DAS ALA	28.346	1980	6.985,11	347	1224,2	41	2,1	144,6	130	6,6
	CONQUISTA	6.969	289	4.146,94	30	430,5	5	1,7	71,7	22	7,6
	DELTA	10.768	630	5.850,67	45	417,9	8	1,3	74,3	31	4,9
	SACRAMENTO	26.374	1568	5.945,25	134	508,1	33	2,1	125,1	124	7,9
	UBERABA	337.092	17181	5.096,83	1590	471,7	408	2,4	121,0	1017	5,9
	VERÍSSIMO	4.045	88	2.175,53	7	173,1	3	3,4	74,2	14	15,9
TOTAL MICRORREGIÃO	423.855	22.261	5.252,03	2265	534,4	502	2,3	118,4	1361	6,1	
TOTAL MACRORREGIÃO	798.341	43.184	5.409,22	4582	573,9	879	2,0	110,1	2887	6,7	

FONTES: Painel Covid-19 e SIVEP-Gripe, atualizados em 17/03/2021.

2.2 Óbitos suspeitos, confirmados e descartados

Observamos, de acordo com gráfico 5, que até a SE 11 de 2021, a Macrorregião Triângulo Sul apresentou um total de 1.285 óbitos suspeitos para Covid-19; destes, 371 (28,8%) foram descartados, 879 (68,4%) confirmados e 35 (2,8%) permaneceram em investigação. A taxa de mortalidade por Covid-19 da Macrorregião Triângulo Sul é **110,1 óbitos por 100 mil habitantes**, permanecendo maior que a do Estado de Minas Gerais (97,9/100 mil habitantes) e inferior à do país (134,3/100 mil habitantes) e região sudeste (143,5/100 mil habitantes) até a meados da semana epidemiológica 11 de 2021 (Fonte Covid Brasil <https://covid.saude.gov.br/> atualizado em 17/03/2021 às 09:28 horas).

Gráfico 5 - Número de óbitos confirmados, descartados e em investigação para Covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

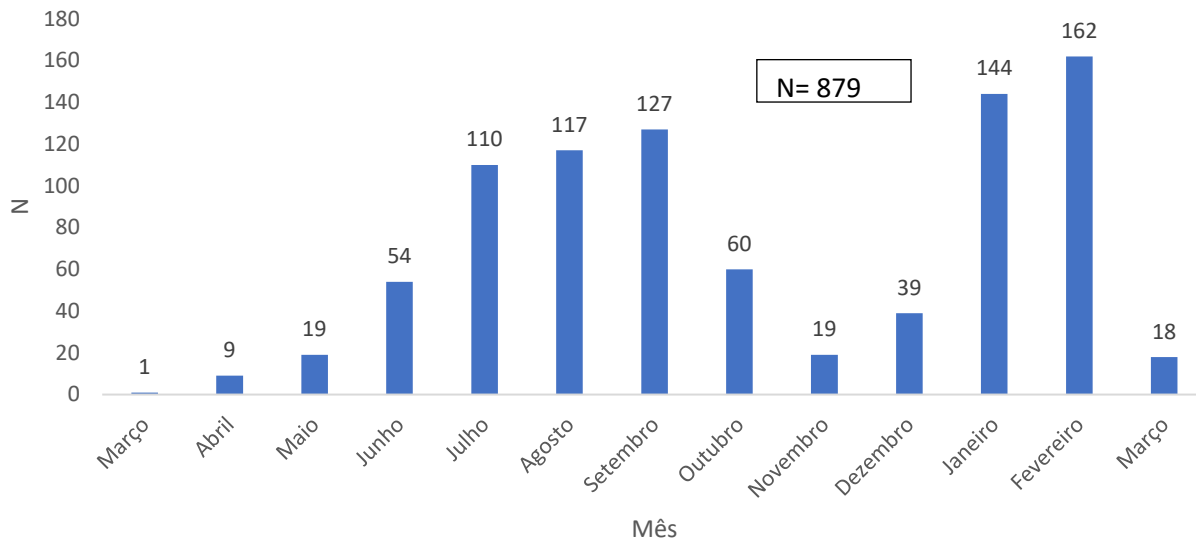


FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

Até o presente momento, o período médio do início de sintomas até a data da internação é igual a 7 dias, e, em média, os pacientes permaneceram internados por 11 dias até o óbito, resultando em uma média de 17 dias do início de sintomas até o óbito. O período médio de internação em UTI foi igual a 9 dias e, em média, os pacientes que evoluíram para óbito demoraram 2 dias a partir da internação para serem transferidos para a terapia intensiva.

Observamos no gráfico 6 a distribuição dos óbitos acumulados segundo o mês do início dos sintomas de Covid-19 e no gráfico 7 esta mesma distribuição segundo o mês da ocorrência do óbito.

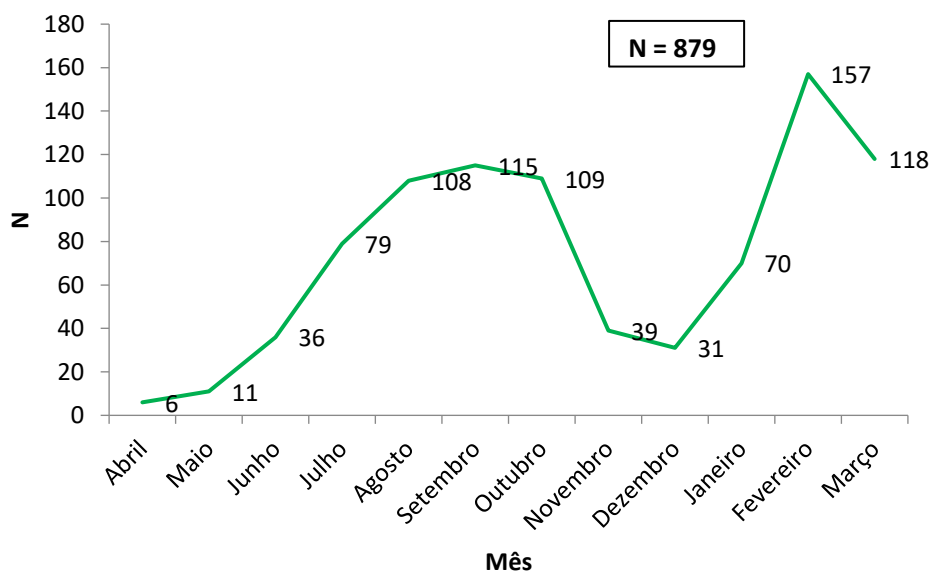
Gráfico 6 – Número de óbitos acumulados segundo o mês do início dos sintomas de Covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

Observamos que de julho a outubro foi o período mais crítico para a Macrorregião Triângulo Sul no ano de 2020 ao que se refere a óbitos. Mas, o gráfico 7 apresenta a diferença no aumento dos óbitos no período de julho a outubro de 2020 e no período a partir de janeiro de 2021. A inclinação da reta no primeiro período é menos acentuada, indicando um crescimento moderado. Ao analisar os dois primeiros meses de 2021, observa-se um crescimento mais rápido resultando em uma inclinação de reta mais abrupta.

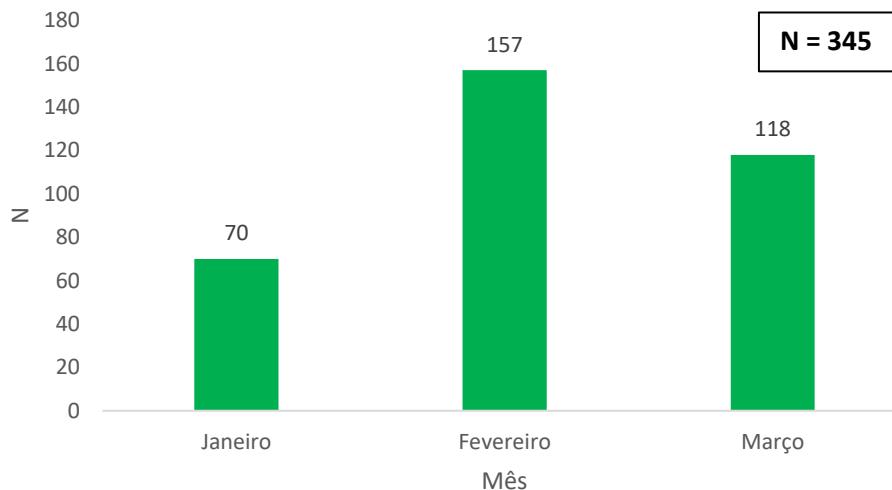
Gráfico 7 – Número de óbitos acumulados segundo o mês da ocorrência do óbito por Covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

Quando analisamos apenas o período de 2021 (gráfico 8) janeiro e fevereiro de 2021 retratam um aumento no número de óbitos, quando comparado aos meses anteriores, com o último sendo o mês com maior quantidade de óbitos desde o início da pandemia. Entretanto, as projeções para o mês de março de 2021 apontam que a quantidade de óbitos poderá superar os ocorridos em fevereiro de 2021.

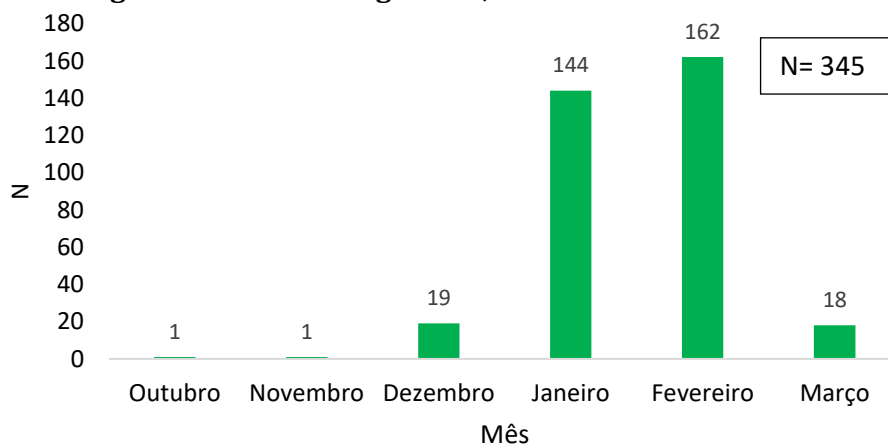
Gráfico 8 – Número de óbitos confirmados segundo o mês da ocorrência do óbito por Covid-19 em 2021, na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

O gráfico 9 apresenta o mês de início dos sintomas dos 345 óbitos que ocorreram em 2021. Nota-se que apesar de mais de 88% dos primeiros sintomas terem ocorrido em janeiro e fevereiro, existem óbitos confirmados de pacientes que se encontravam internados desde os meses de outubro e novembro.

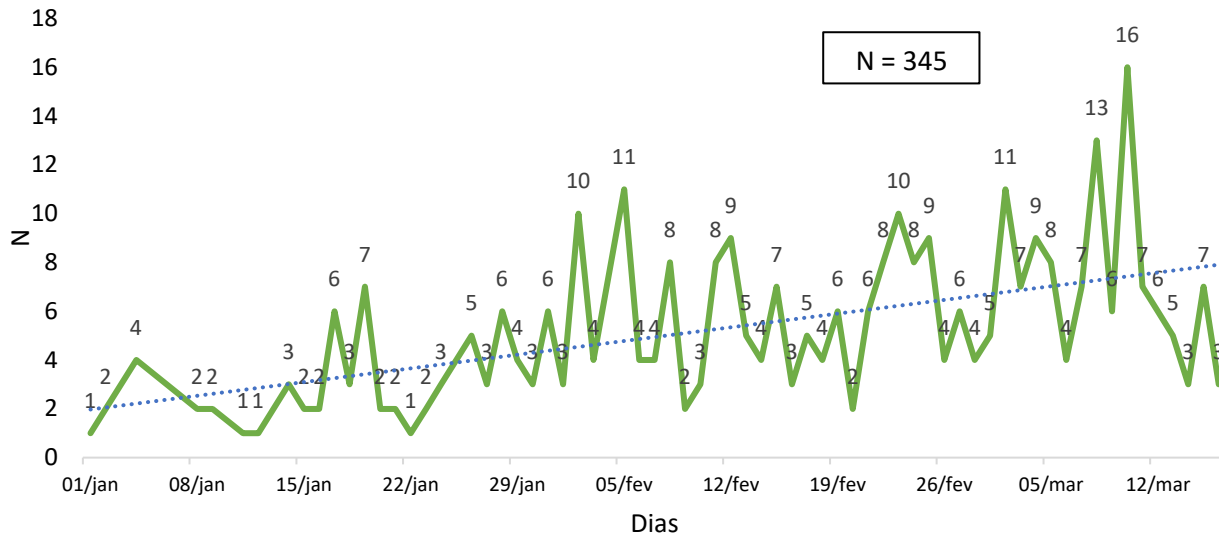
Gráfico 9 – Número de óbitos confirmados em 2021 segundo o mês do início dos sintomas de Covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

O gráfico 10 apresenta os óbitos a partir da sua data de evolução, permitindo avaliar o seu crescimento diário. Nota-se pela linha de tendência (azul) do gráfico que apesar da amplitude entre a quantidade de óbitos, evidencia-se uma tendência de crescimento, ao longo dos dias.

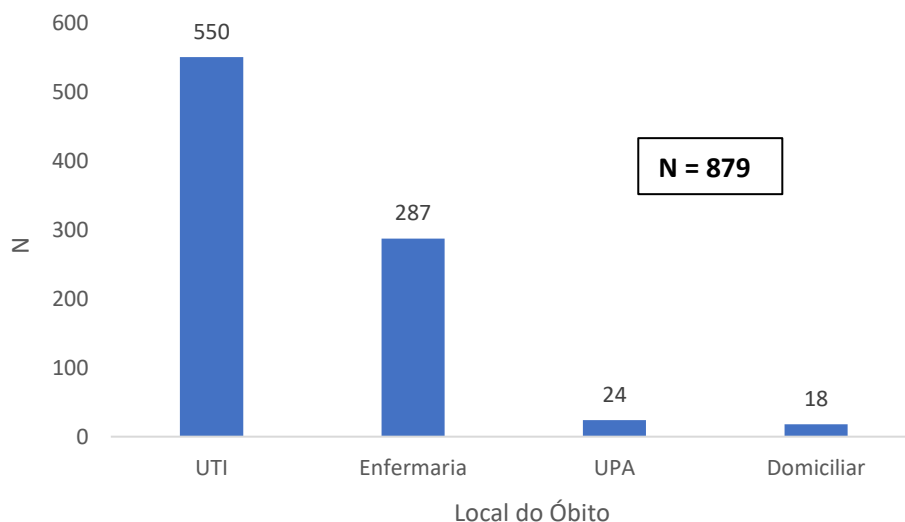
Gráfico 10 – Número de óbitos em 2021 segundo o dia de ocorrência na macrorregião de saúde Triângulo do Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

O gráfico 11, por sua vez, nos apresenta o local de ocorrência dos óbitos confirmados por Covid-19 na Macrorregião Triângulo Sul desde o começo da pandemia.

Gráfico 11 – Número de óbitos acumulados por Covid-19 segundo local da ocorrência do óbito na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

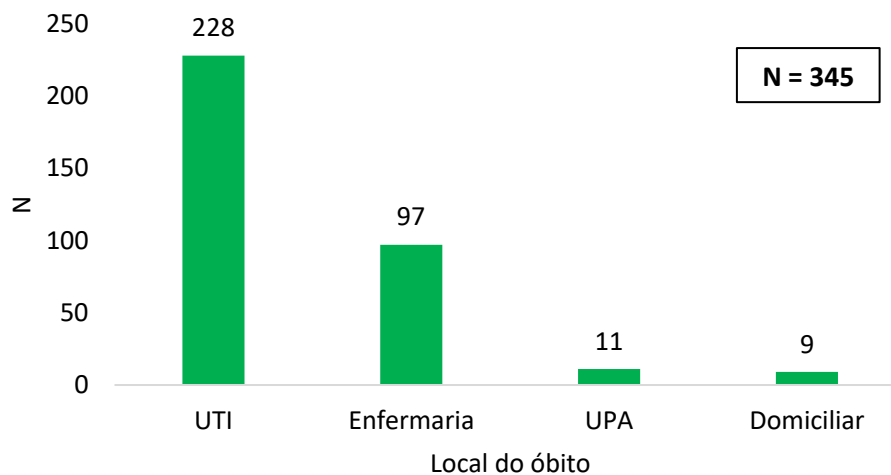


FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 02/03/2021.

Observamos que a grande maioria ocorreu durante internação hospitalar, principalmente em UTI (550 = 62,59%), seguido dos internados em enfermaria (287 = 32,63%), unidade de pronto-atendimento

(24 = 3,00%) e domicílio (18 = 1,78%). Em relação ao boletim anterior, observamos um aumento de casos que evoluíram para óbito em domicílio (de 13 para 18 casos). O Gráfico 12 apresenta o local de ocorrência dos óbitos confirmados por Covid-19 na Macrorregião Triângulo Sul para o ano de 2021.

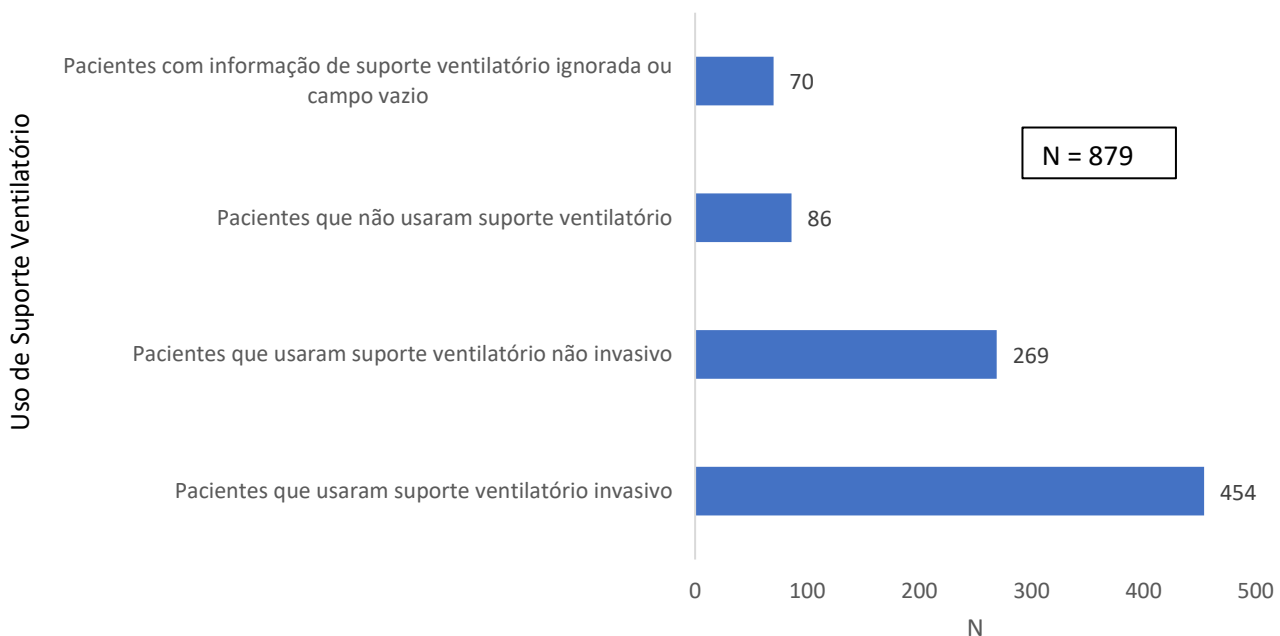
Gráfico 12 - Número de óbitos confirmados por Covid-19 segundo local da ocorrência do óbito na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 02/03/2021.

O gráfico 13 nos apresenta o uso de suporte ventilatório dentre os pacientes que evoluíram para óbito por covid-19 na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

Gráfico 13 - Número de óbitos confirmados por Covid-19 segundo utilização de suporte ventilatório na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe, atualizado em 17/03/2021.

Dos 879 óbitos, a maioria precisou fazer uso de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, da seguinte forma: 454 (51,7%) usaram suporte ventilatório invasivo, 269 (30,6%) usaram suporte ventilatório não invasivo, 86 (9,8%) não usaram suporte ventilatório e em 70 (7,9%) pacientes não havia informação sobre o uso de suporte ventilatório (informação ignorada ou em branco). Nota-se que a quantidade de casos em 2021 que precisaram de suporte ventilatório invasivo se aproxima do total acumulado no ano de 2020.

3. SITUAÇÃO ASSISTENCIAL

O Plano de Contingência da Macrorregião Triângulo do Sul tem como objetivo o planejamento da resposta para enfrentamento a pandemia da COVID-19 a nível macrorregional com definição de fluxos específicos e de pontos de atenção da rede hospitalar que serão referência para atendimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave em decorrência da COVID-19, bem como garantir retaguarda ao atendimento das outras condições de saúde da população. Importante ressaltar que se trata de uma construção coletiva, com interveniência dos gestores municipais e estadual e contribuições de atores locais interessados, possui perfil dinâmico, podendo ser alterado de acordo com a evolução do quadro epidemiológico e com as necessidades identificadas nos territórios.

Para assistência de pacientes que apresentam sintomas graves de SRAG foram definidas duas unidades de referências exclusivas para COVID: Santa Casa de Misericórdia de Araxá (referência para a microrregião de Araxá) e Hospital Regional José Alencar (referência para as microrregiões de Frutal/Iturama e Uberaba).

Já para assistência de pacientes que apresentam sintomas de SRAG que não requeiram UTI, as referências são: Santa Casa de Misericórdia de Araxá para a microrregião de Araxá, Hospital Frei Gabriel para a microrregião de Frutal, Hospital Municipal Fundação Delfina para a microrregião de Iturama e Hospital Regional José Alencar para a microrregião de Uberaba.

Considerando o contexto atual da pandemia do novo coronavírus em MG, a SES/MG tem promovido a atualização da Grade Hospitalar do Plano de Contingência para o enfrentamento à pandemia semanalmente.

A atualização semanal tem o objetivo de garantir que a grade hospitalar pactuada e compartilhada com o Ministério da Saúde seja o mais atual e real possível, de forma a garantir fluxo assistencial adequado, financiamento aos leitos disponíveis e dados oficiais reais para garantir informações qualificadas.

Assim, informamos que os planos de contingência (PC)- Grade Hospitalar, devem ser atualizados até as 12:00hs de quarta feira - pelos municípios polos de Micro que prestam a assistência hospitalar Covid

para a Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul (referências de SRAS e leitos clínicos Covid), por meio da atualização dos dados desta planilha.

Ressaltamos orientações pertinentes:

- A planilha deve ser enviada semanalmente, mesmo que não haja qualquer alteração (ela é um atesto do/a gestor/a informando quanto leitos e seu papel no plano de contingência macrorregional);
- Para a abertura de novos leitos de UTI ou a reativação destes, é necessário a manifestação do/a gestor/a e ou prestador por meio de modelo de ofício já encaminhado, onde fica atestado a capacidade de disponibilização dos leitos, com garantia de recursos humanos, material e equipamentos para assistência à COVID - 19;
- Coluna Leitos disponíveis: Leitos existentes ou novos com disponibilização imediata e garantida à assistência.

*Salientamos que atualmente o fluxo de disponibilização destes leitos no SUS Fácil, é automática. A inserção dos leitos no PC como disponível é o fator motivador para que o nível central inclua este leito no SUS Fácil.

Caso o leito não esteja disponível imediatamente, ele deve ser colocado como ampliação.

- Coluna Leitos de ampliação: Leitos novos que dependem de RH e/ou equipamentos para efetivo funcionamento e/ou leitos que já estão prontos, mas o prestador não queira disponibilizar de imediato.

A revisão do Plano de Contingência da macrorregião Triângulo do Sul é apresentado a seguir.

REVISÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO SUL- QUANTITATIVO DE LEITOS CLÍNICOS, UTI E LSV

Esse documento tem o objetivo de ajustar os quantitativos de leitos clínicos e de UTI, adultos e pediátricos e de Suporte Ventilatório Pulmonar das instituições que serão referências para os atendimentos de pacientes com COVID-19 e instituições que serão retaguarda não COVID-19, essas, definindo claramente seu papel assistencial no território.

REVISÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO SUL - QUANTITATIVO DE LEITOS CLÍNICOS, UTI E LSV

MICRORREGIÃO UBERABA

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Leitos Exclusivos COVID-19 Disponíveis					Leitos de Ampliação				Leitos Privados UTI	Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar		Observação
					LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI Adulto Leitos Prê-existent	UTI Adulto leitos novos	UTI PEDIÁTRICO	LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICO		DISPONÍVEL	AMPLIAÇÃO	
Uberaba	9141839	Hospital Regional José de Alencar	1º - Hospital Referência SRAG	1º	103	0	10	40	0	0	0	10	0	0	15	0	Referência SRAG para a microrregião de Uberaba e Frutal/Iturama
Uberaba	2195585	Mário Palmério Hospital Universitário	2º - Hospital Referência SRAG (híbrido)	2º	28	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	2ª Referência COVID, os leitos mencionados serão disponibilizados conforme planejamento proposto no plano de contingência municipal, ou seja, atingindo 70% da capacidade do hospital de 1ª referência – Hospital Regional – inicia-se a transferência dos pacientes não COVID para outras instituições da rede de saúde. Proporcionando assim a gradativa disponibilidade dos referidos leitos.
Uberaba	2206595	Hospital de Clínicas da UFTM	Hospital Referência SRAG (híbrido)	N/A	12	0	1	0	4	50	0	10	0	0	10	0	Referência COVID-19 para Obstetrícia e Pediatria/Neonatologia, alta complexidade que necessita de UTI; 12 Leitos Clínicos Adulto 4 Leitos de UTI Pediátrica 1 Leito de UTI Adulto Ampliação: 50 Leitos Clínicos Adulto 10 Leitos de UTI Adulto Retaguarda Não COVID-19: Gestação de Alto Risco, UTI neonatal; Retaguarda não-COVID Média e Alta complexidade LEITOS CLÍNICOS – 230 UTI ADULTO – 20 UTI PEDIÁTRICO/NEO – 15
Uberaba	2165058	Hospital Doutor Hélio Angotti	Retaguarda não COVID-19	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Referência Oncologia Leitos SUS: CLÍNICOS - 38 UTI - 8
Uberaba	2164795	Hospital da Criança	Leitos Clínicos COVID-19 (híbrido)	N/A	0	14	0	0	0	0	14	0	10	0	0	0	Referência leitos clínicos pediátricos COVID -19.
Uberaba	2164825	Hospital Beneficência Portuguesa	Retaguarda não COVID-19	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não-COVID longa permanência para as UPA's de Uberaba e/ou egressos de hospitais COVID (pacientes negativos ou fora de janela de transmissão) com necessidade de cuidados prolongados. LEITOS CLÍNICOS - 25
Conceição das Alagoas	5844843	Fundação Hospitalar Municipal João Henrique	Retaguarda não-COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda na Média Complexidade nas seguintes especialidades cirurgia geral, ortopedia e obstetrícia. Fortalecer contra referência. LEITOS CLÍNICOS - 22
Sacramento	2109034	Santa Casa de Misericórdia de Sacramento	Retaguarda não-COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda de parto de risco habitual, ortopedia, clínica médica e contra referência de média complexidade. LEITOS CLÍNICOS - 31
Conquista	2164493	Santa Casa de Misericórdia de Conquista	Retaguarda não-COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A Santa Casa possui 4 leitos clínicos para abrigar pacientes com problemas respiratórios suspeitos ou não de covid. Se caso for confirmado covid os pacientes são transferidos para os hospitais de referência . LEITOS CLÍNICOS - 11
Totais					143	14	11	40	4	50	14	20	10	21	25	0	

MICRORREGIÃO FRUTAL/ITURAMA

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Leitos Exclusivos COVID-19 Disponíveis					Leitos de Ampliação				Leitos Privados UTI	Leitos de Suporte Ventilatório		Observação
					LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI Adulto leitos Pré-existentes	UTI adulto leitos novos	UTI PEDIÁTRICO	LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICO		DISPONÍVEL	AMPLIAÇÃO	
União de Minas	2206552	Santa Casa de União	Retaguarda não-COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Fortalecer a contra referência, e aprimorar a sua resolatividade. Apoio clínica médica microrregião. LEITOS CLÍNICOS -34 (Solicitada habilitação conforme Portaria nº 561 em 03 de junho 2020 –SEI: nº 1320.01.0042251/2020-41)
Frutal	2098539	Hospital Municipal Frei Gabriel	Leitos Clínicos COVID-19 (híbrido)	1ª	8	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	5	1ª referência de Leitos Clínicos COVID para microrregião de Frutal. Leitos de UTI aguardando a contratação RH e serviços de apoio. Para Atendimento Não COVID: LEITOS CLÍNICOS –06 LEITOS CIRÚRGICOS –10 OBSTETRÍCIA –13 PEDIÁTRICOS -08
Iturama	2208040	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora Aparecida Iturama	Retaguarda não-COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Aumentar partos de Risco Habitual para desafogar a macro. Cirurgias de média complexidade. Se enquadra Portaria 561/2020, a SMS/Iturama foi informado e orientada quanto a possibilidade de habilitação, contudo existem dificuldades assistenciais . LEITOS CLÍNICOS –8 LEITOS CIRURGIA GERAL -6; OBSTETRÍCIA 6; ISOLAMENTO-2; PEDIATRIA CLÍNICA- 4
Iturama	2201542	Hospital Municipal Delfina Alves Barbosa	Leitos Clínicos COVID-19 (híbrido)	1ª	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1ª Referência de leitos clínicos COVID para a microrregião de Iturama. Leitos Não Covid: 19 leitos clínicos adultos e 3 leitos clínicos pediátricos
Totais					26	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	5	

MICRORREGIÃO ARAXÁ

Município	CNES	Hospital	Papel no Plano de contingência	Prioridade	Leitos Exclusivos COVID-19 Disponíveis					Leitos de Ampliação				Leitos Privados UTI	Leitos de Suporte Ventilatório		Observação
					LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI adulto leitos Pré existentes	UTI adulto leitos novos	UTI PEDIÁTRICO	LEITOS CLÍNICOS ADULTO	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICO	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICO		DISPONÍVEL	AMPLIAÇÃO	
Araxá	2164620	Santa Casa de Misericórdia de Araxá	Referência SRAG	1ª	25	1	10	10	0	20	0	0	0	0	0	0	Referência SRAG para a microrregião de Araxá (Araxá, Tapira, Pratinha, Perdizes, Ibiá, Pedrinópolis, Santa Juliana e Campos Altos). Possibilidade de ampliação de leitos de UTI em análise pela VISA. Embora a necessidade de leitos da micro de Araxá seja 70 leitos clínicos e 28 UTI's a instituição hospitalar sinalizou a possibilidade de ampliação de 45 leitos clínicos e 30 leitos de UTI adulto conforme novo plano de contingência. Obs: O leito de pediatria está dentro dos 25 leitos clínicos, podendo ser remanejado para adulto conforme ocupação
Araxá	2180766	Hospital Casa do Caminho	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não COVID para clínica médica cirúrgica, neurocirurgia, ortopedia, urologia para a microrregião de Araxá. LEITOS CLÍNICOS – 20 LEITOS CRÔNICOS – 65 LEITOS CIRÚRGICOS - 12 UTI-7
Araxá	2164612	Hospital Regional Dom Bosco	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	Retaguarda não COVID, obstetrícia (somente para Araxá e Tapira), pediatria (Araxá e Tapira) e UTI em cardiologia não COVID para microrregião. Município informou que não tem interesse na habilitação da Portaria nº 561. LEITOS CLÍNICOS – 2 LEITOS OBSTÉTRICOS – 12 LEITOS PEDIÁTRICOS – 2 UTI - 3
Campos Altos	2098156	Santa casa de Campos Altos	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica e obstetrícia para população própria e Pratinha. Se enquadra na Portaria 561/2020, hospital elegível foram orientados sobre a possível habilitação, aguardando devolutiva LEITOS CLÍNICOS - 36
Perdizes	2166305	Santa Casa de Perdizes	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica para população própria. LEITOS CLÍNICOS - 21
Santa Juliana	2180731	Hospital Municipal de Santa Juliana	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica e obstetrícia para população própria e Pedrinópolis. LEITOS CLÍNICOS - 30
Ibiá	2181029	Santa Casa de Misericórdia de Ibiá	Retaguarda não COVID	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Retaguarda não COVID para pediatria, clínica médica e obstetrícia para população própria e Perdizes. LEITOS CLÍNICOS - 37
Totais					25	1	10	10	0	20	0	0	0	0	0	0	

Data da Atualização: 17/03/2021

3.1 Proporção de leitos ocupados de UTI

Nas Tabelas 2 a seguir podemos observar a ocupação dos leitos de UTI nas microrregiões de Araxá e Uberaba. Nota-se uma ocupação de 63% na microrregião de Araxá e de 76,9% na microrregião e Uberaba.

A Macrorregião Triângulo do Sul apresenta uma ocupação dos leitos de UTI de 86,67% (no dia 17/03/2021 às 14h e 50 minutos).

Observamos na Microrregião de Uberaba permanece elevada taxa de ocupação em leitos de UTI por outras condições (Hospital de Clínicas da UFTM - 95%, Hospital Dr. Hélio Angotti - 87,5%), e um aumento da ocupação do hospital referência para atendimento de SRAG por COVID-19 (Hospital Regional José Alencar - 97,5%), sendo novamente observada a maior taxa de ocupação desde o início da pandemia.

Na Microrregião de Araxá observamos uma manutenção do aumento na ocupação de leitos por COVID-19 na Santa Casa de Misericórdia de Araxá - 65% e pequena redução no prestador hospitalar referência para outras condições (Casa do Caminho - 57,14%).

Tabela 2 - Proporção de leitos ocupados de UTI, na microrregião de Araxá.

MACRORREGIÃO	% LEITOS UTI OCUPADOS	% LEITOS UTI COVID OCUPADOS	% OCUPADA POR COVID
TRIÂNGULO DO SUL	86,67%	80,00%	49,52%
UBERABA	94,87%	86,67%	50,00%
UBERABA	94,87%	86,67%	50,00%
HOSPITAL REGIONAL JOSE ALENCAR	97,50%	97,50%	97,50%
HOSPITAL DOUTOR HELIO ANGOTTI	87,50%	NaN	0,00%
HOSPITAL DE CLINICAS DA UFTM	95,00%	0,00%	0,00%
CLINICAS INTEGRADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO	90,00%	NaN	0,00%
ARAXÁ	62,96%	65,00%	48,15%
ARAXA	62,96%	65,00%	48,15%
SANTA SANTA CASA DE MISERICORDIA	65,00%	65,00%	65,00%
HOSPITAL CASA DO CAMINHO	57,14%	NaN	0,00%

FONTE: BI interno, 14h50m de 17/03/2021

3.2 Proporção de leitos ocupados de Enfermaria

Na Tabela 3, a seguir são apresentadas as taxas de ocupação dos leitos clínicos/enfermaria nas microrregiões de Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba. Podemos observar que a microrregião de Araxá apresenta ocupação de 57,66 % nos leitos clínicos, a microrregião de Frutal/Iturama uma ocupação de 73,91 % e a microrregião de Uberaba, ocupação de 64,78%.

A Macrorregião Triângulo do Sul apresenta ocupação dos leitos Clínicos/Enfermaria, de 64,04 % (no dia 17/03/2021 às 14h e 55 minutos).

Tabela 3 - Proporção de leitos ocupados de Enfermaria, Macrorregião Triângulo do Sul, 2021.

MACRORREGIÃO	PROPORÇÃO OCUPADA LEITOS ENFERMARIA	PROPORÇÃO OCUPADA POR COVID
TRIÂNGULO DO SUL	64,04%	17,03%
ARAXÁ	57,66%	13,96%
ARAXA	74,31%	20,14%
Fazendinha Do Senhor Jesus	NaN	NaN
Hospital Casa Do Caminho	49,48%	1,03%
Hospital Regional Dom Bosco	311,11%	0,00%
Hospital Unimed Araxa	NaN	NaN
Santa Santa Casa De Misericordia	81,58%	73,68%
CAMPOS ALTOS	24,00%	4,00%
Santa Casa De Campos Altos	24,00%	4,00%
IBIA	37,50%	0,00%
Santa Casa De Ibia	37,50%	0,00%
PEDRINOPOLIS	NaN	NaN
PERDIZES	26,67%	0,00%
Pronto Atendimento Municipal	NaN	NaN
Santa Casa De Perdizes	26,67%	0,00%
PRATINHA	NaN	NaN
Unidade De Saude Pratinha	NaN	NaN
SANTA JULIANA	14,29%	7,14%
Hospital Municipal De Santa Juliana	14,29%	7,14%
FRUTAL/ITURAMA	73,91%	17,39%
FRUTAL	137,50%	37,50%
Hospital E Maternidade Sao Jose	NaN	NaN
Hospital Municipal Frei Gabriel	137,50%	37,50%
ITURAMA	61,90%	16,67%
Casa De Saude E Maternidade Nossa Senhora Aparecida Iturama	62,50%	0,00%
Hospital Municipal Covid 19 De Iturama	NaN	NaN
Hospital Municipal Delfina Alves Barbosa	61,54%	26,92%
Hospital Unimed Pontal Do Triangulo	NaN	NaN
PLANURA	NaN	NaN
UNIAO DE MINAS	34,62%	0,00%
UBERABA	64,78%	17,97%
CONCEICAO DAS ALAGOAS	78,57%	7,14%
Fundacao Hospitalar Municipal Joao Henrique	78,57%	7,14%
CONQUISTA	NaN	NaN
Santa Casa De Misericordia De Conquista	NaN	NaN
SACRAMENTO	57,89%	0,00%
Santa Casa De Misericordia De Sacramento	57,89%	0,00%
UBERABA	64,69%	18,72%
Clinicas Integradas Hospital Universitario Mario Palmerio	57,32%	30,49%
Hospital Beneficencia Portuguesa	96,00%	0,00%
Hospital Da Crianca	10,42%	2,08%
Hospital De Clinicas Da Uftm	75,81%	2,82%
Hospital Doutor Helio Angotti	66,67%	0,00%
Hospital Regional Jose Alencar	87,38%	87,38%
Hospital Santa Lucia Ltda	NaN	NaN
Hospital Sao Domingos	NaN	NaN
Hospital Sao Marcos De Uberaba Ltda	NaN	NaN
Instituto De Olhos De Uberaba	NaN	NaN
Instituto Uberabense De Cardiologia Invasiva Luci	NaN	NaN
Oftalmocentro De Uberaba	NaN	NaN
Servico Integrado De Saude Dona Maria Modesto Cravo	37,00%	0,00%
TRIÂNGULO DO SUL	64,04%	17,03%

FONTE: BI interno, 14h50m de 17/03/2021

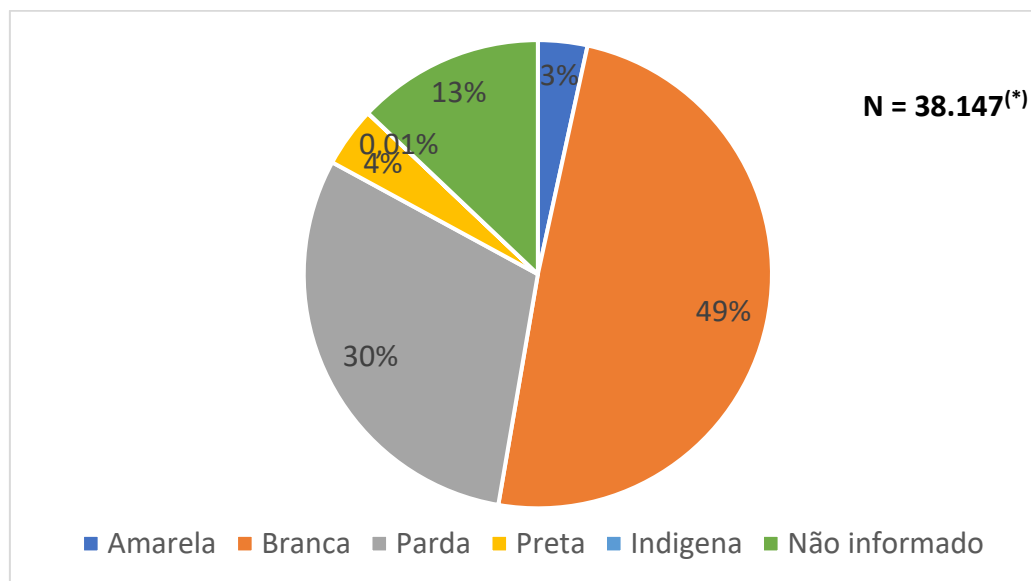
4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS DE COVID-19

Distribuição de casos confirmados e óbitos por COVID-19 por gênero, idade e cor da pele.

Apresentamos nas análises seguintes as informações registradas aos bancos de dados do sistema Sivep Gripe dos municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul até 17/03/2021. Com isso, observamos um total de 38.147 casos confirmados digitados no e-SUS Notifica e Sivep Gripe, após eliminação de duplicidades, sendo 43.184 casos informados pelos municípios, até 17/03/2021, no Painel Covid.

Observa-se o claro predomínio de casos confirmados de Covid-19 entre os indivíduos que se autodeclararam como brancos em relação à sua cor da pele, seguidos daqueles com cor da pele parda (gráfico 14). Esta situação permanece semelhante à observada nos boletins anteriores.

Gráfico 14 - Distribuição de casos confirmados por COVID-19 segundo cor da pele. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

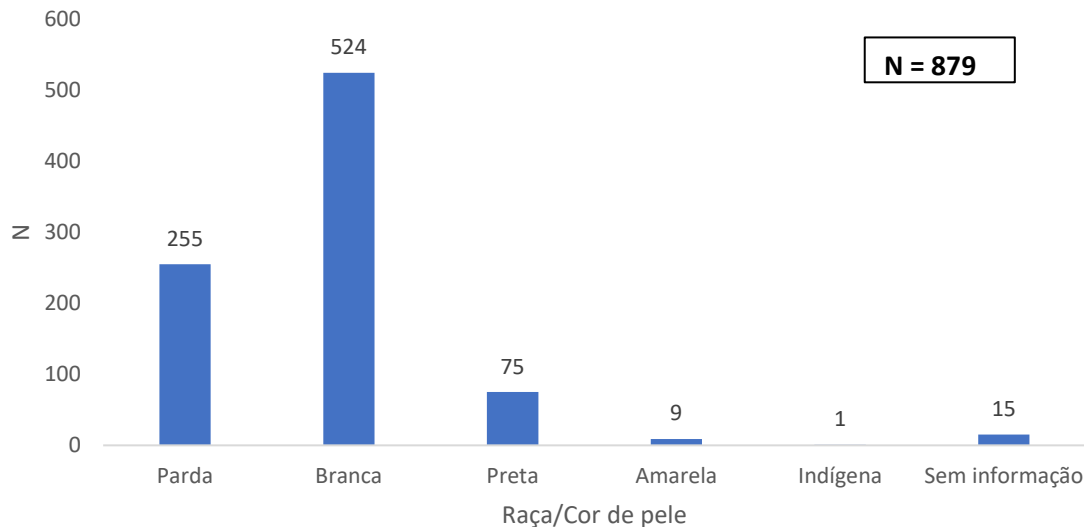


(*) Notificações com o campo "raça/cor de pele" preenchido.

FONTES: E-SUS Notifica e Sivep Gripe

A maioria dos óbitos também ocorreu entre as pessoas de cor de pele brancas, seguido das cores de pele pardas, pretas, amarelas e indígenas. Quinze Declarações de Óbito não apresentavam o campo "raça/cor de pele" preenchido (gráfico 15).

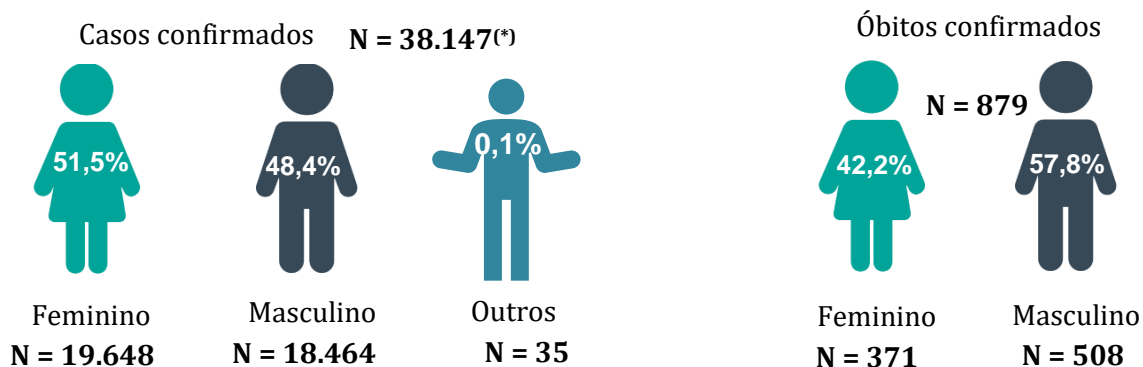
Gráfico 15 – Distribuição acumulada de óbitos confirmados acumulado por COVID-19 segundo raça/cor da pele. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: Sivep Gripe

Com relação a identidade de gênero, observamos o predomínio dos casos diagnosticados entre as mulheres, com a proporção idêntica à observada no boletim anterior, refletindo os exames realizados principalmente no último mês, e os óbitos confirmados permanecendo predominantes nos homens em relação às mulheres (figura 10). Os sistemas de notificação permitem que os indivíduos escolham se autodeclarar no campo “outros” acerca de sua identidade de gênero, não tendo sido registrado nenhum óbito para o presente boletim.

Figura 10 - Distribuição de casos e óbitos confirmados por COVID-19 segundo a identidade de gênero, Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



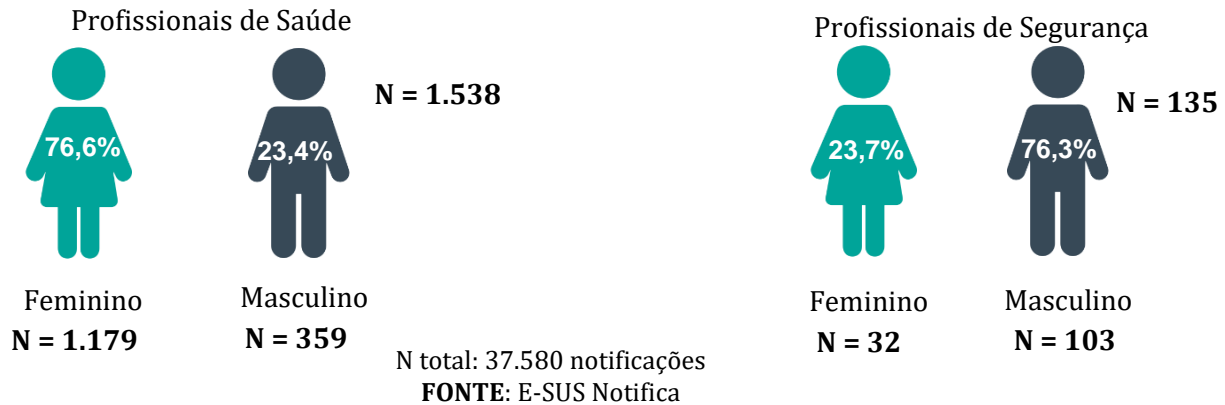
(*) Notificações com o campo “sexo” preenchido.

FONTES: E-SUS Notifica e Sivep Gripe

O sistema E-SUS Notifica permite que profissionais de saúde e de segurança sejam identificados em uma notificação, possibilitando gerar um perfil básico quanto a identidade de gênero predominante e a quantidade de pessoas afetadas. Essas informações são apresentadas pela figura 11, onde os

profissionais de saúde apresentam um pouco mais de 4% das notificações positivas, enquanto os profissionais de segurança representam apenas 0,35% de casos notificados.

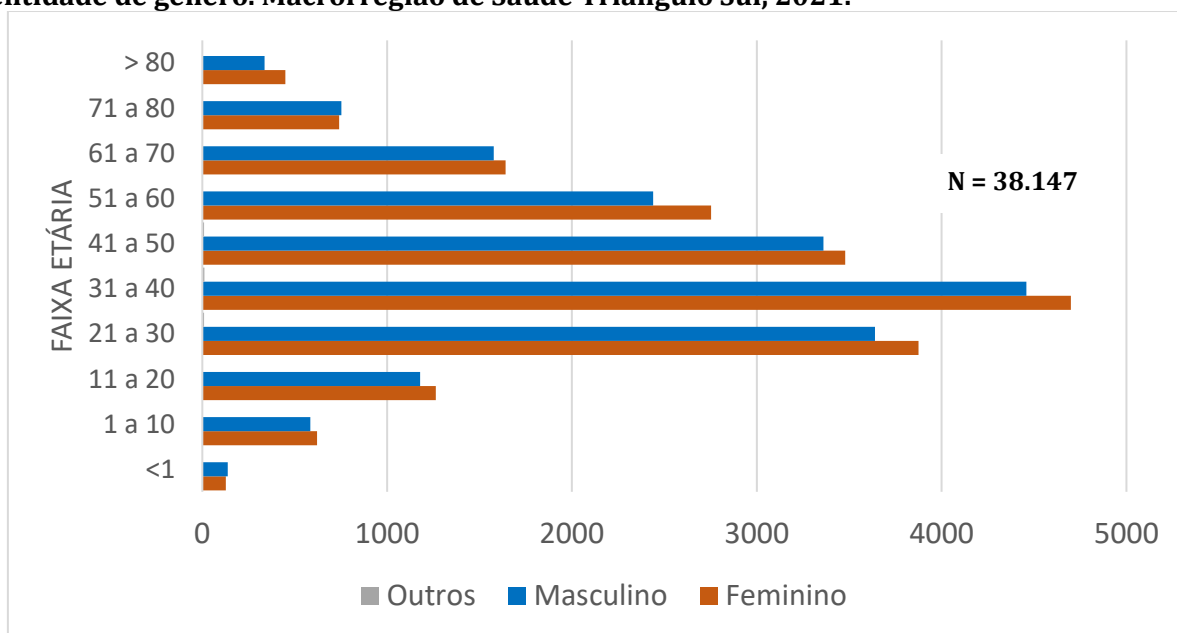
Figura 11 - Distribuição de casos confirmados por COVID-19 em Profissionais de Saúde e Profissionais de Segurança na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



De maneira generalizada, o universo de casos apresentados pela figura 11 apresenta que dois terços das notificações positivas derivadas de profissionais de saúde são provenientes do gênero feminino, enquanto o inverso é identificado em profissionais de segurança.

O gráfico 15 nos apresenta a distribuição de casos confirmados por COVID-19 segundo faixa etária e gênero na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

Gráfico 15 - Distribuição acumulada de casos confirmados por COVID-19 segundo faixa etária e identidade de gênero. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



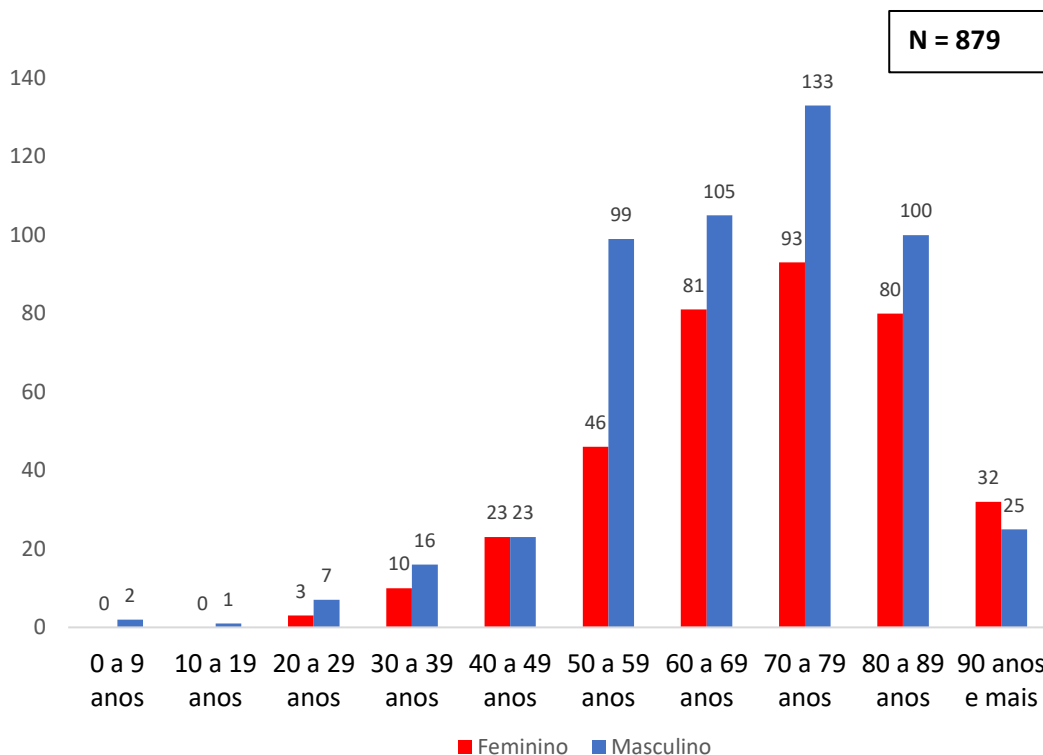
(*) Notificações com o campo "idade" preenchido.

FONTE: E-SUS Notifica e Sivep Gripe

Pelo gráfico 15 continuamos a observar maior número de casos identificados nas faixas etárias produtivas (75,3% entre 21 e 60 anos de idade, proporção que se mantém estável ao longo dos boletins anteriores), com um destaque maior para a identidade de gênero feminino em quase todas as faixas etárias produtivas. A mediana de idade é igual a 39 anos, com média de 40 anos e intervalo entre < 1 e 107 anos.

Em relação aos óbitos, observamos que entre os idosos (60 anos e mais) a proporção de casos é maior que nas demais faixas etárias (73,83%), sendo maior no gênero masculino para praticamente todas as faixas etárias, exceto entre pessoas com 90 anos e mais em que se inverte, provavelmente associado à sobrevivência das mulheres quando comparada à dos homens. Apesar do número de óbitos ser maior entre os idosos, observamos a ocorrência de óbitos entre pessoas de menor idade, e destacamos o número expressivo de óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos. A mediana de idade é 71, com intervalo entre 9 meses e 104 anos (gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição acumulada de óbitos confirmados por COVID-19 segundo faixa etária e gênero. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

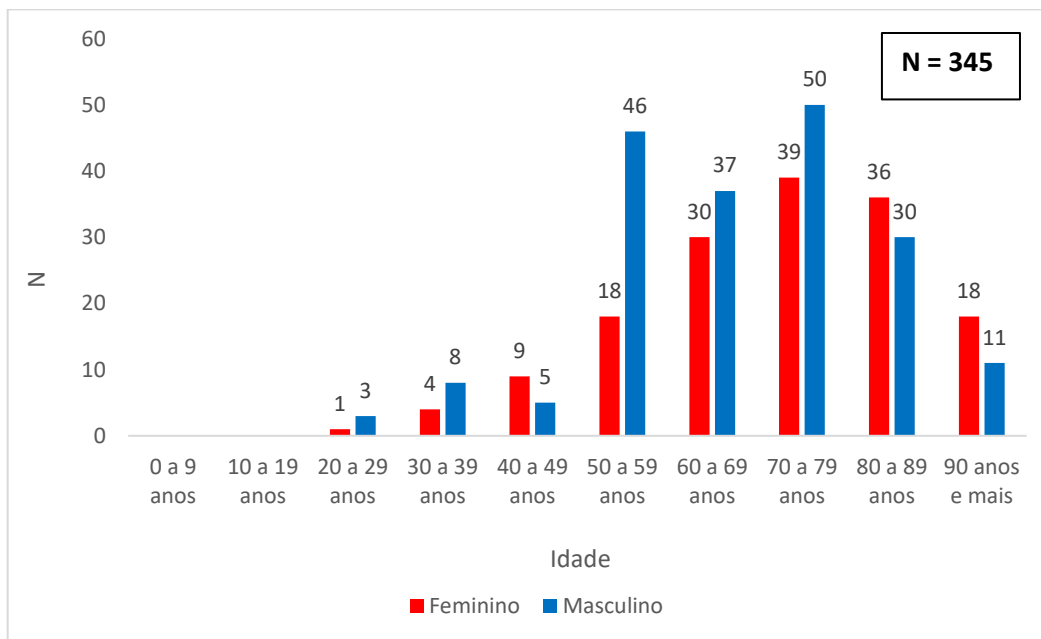


FONTE: Sivep Gripe

O gráfico 17 apresenta a comparação entre faixa etária e identidade de gênero apenas para óbitos que ocorreram no ano de 2021. Analisando o gráfico, para o gênero masculino, nota-se a prevalência da faixa etária de 70 a 79 anos como a principal, seguida pela faixa etária de 50 a 59 anos, comportamento

diferente do identificado no gráfico 16, indicando um aumento de óbitos nesta faixa etária no ano de 2021 que não ocorreu em 2020. Em relação ao gênero feminino, o comportamento dos gráficos se assemelha indicando uma semelhança no padrão identificado em 2020.

Gráfico 17 - Distribuição de óbitos confirmados em 2021 por COVID-19 segundo faixa etária e gênero. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: Sivep Gripe

5. SURTOS

5.1 Contextualização

Com o aumento dos números de casos positivos de Covid-19 os ambientes de trabalho têm vivenciado impactos diretos, tanto nas restrições de funcionamento, quanto na perda de mão de obra, que tem adoecido, e, portanto, afastado para isolamento.

A Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul tem se desdobrado para mediar conflitos entre a o setor público e o setor econômico, onde o primeiro necessita tomar medidas mais restritivas, tentando frear a transmissão e contágio do SARS-Cov-2, para tanto restringindo o funcionamento de diversas atividades econômicas e aplicando medidas de prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão e, o segundo, tem o interesse legítimo de manter o funcionamento, contudo cumprindo as restrições definidas.

Muitas equipes de inspeção ainda encontram estabelecimentos que sequer possuem lavatórios de mãos e insumos necessários para lavagem, destinados ao menos aos funcionários, ou quando possuem não abastecem com regularidade tais insumos, fatos que vêm sendo discutidos com diversos

empreendedores há tempos, antes da pandemia da Covid-19, mas, mesmo com toda a situação de risco que vivemos no momento a fiscalização ainda permeia a discussão sobre questões básicas desta natureza, pessoas são encontradas trabalhando sem máscaras, são detectados casos confirmados de Covid-19 em ambientes de trabalho descumprindo o isolamento, empregadores realizando a testagem de trabalhadores e omitindo os resultados, e outros fatores que prejudicam, tanto o setor econômico quanto a saúde pública, e há de se combater tais ilícitos.

Cabe aqui alguns questionamentos: questões dessa gravidade devem ser mantidas? Como manter os estabelecimentos em franco funcionamento sem prejuízo à saúde pública e economia? É investimento ou prejuízo financeiro assegurar condições básicas de higiene aos trabalhadores e ambientes com circulação de grande número de pessoas?

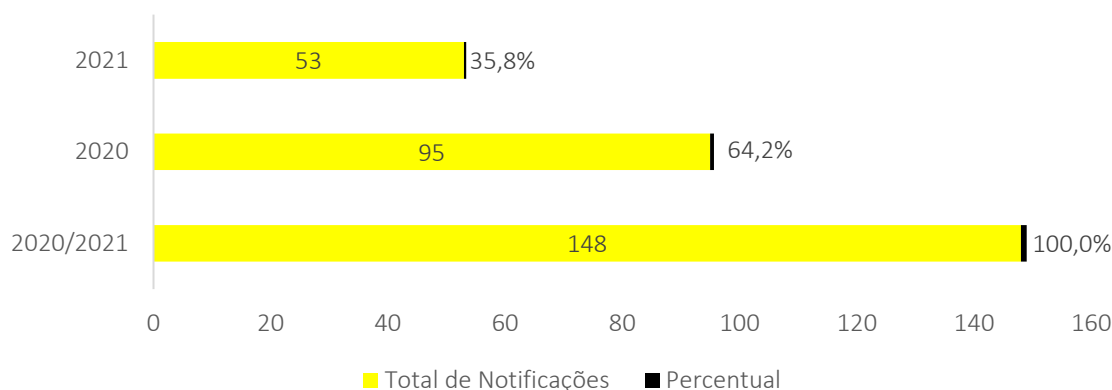
Com o intuito de publicizar as normas, notas técnicas, e outros instrumentos que priorizem medidas adequadas nos ambientes de trabalho, a SRS/Uberaba, vem desenvolvendo materiais educativos com diversas frentes de abordagem, realizando reuniões com empresas e equipes de saúde municipais, e orientando que inspeções em ambientes de trabalho sejam realizadas priorizando o caráter orientativo/educativo. Quando a SRS/Uberaba identifica o descumprimento de medidas que colocam em risco a saúde da coletividade, a SRS/Uberaba solicita que o município adote medidas *in loco* viabilizando funcionamento seguro, com comunicações para outros órgãos, como Ministério Público do Trabalho e outros de interesse, se pertinente.

5.2 Notificações de Surto da Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul - Surtos de Covid-19 em Ambientes Restritos ou Fechados

A Macrorregião de Saúde do Triângulo do Sul encerrou o ano de 2020 com um total de 95 notificações de surtos/aglomerados de casos em ambientes restritos e fechados (considerando as datas de notificações colhidas na Planilha de Monitoramento de Surtos CIEVS/SES/MG, 08/02/2021), e neste ano de 2021, até o dia 12 de março o número de surtos notificados chegou a 52, e, atingimos a marca de 147 notificações somados os dois anos. O gráfico 18 apresenta o comparativo das notificações nos dois anos.

Gráfico 18 – Representação de surtos de COVID-19 em ambientes restritos ou fechados na macrorregião de saúde Triângulo do Sul, 2021.

Representação absoluta e percentual de surtos de Covid-19, em Ambientes Restritos ou Fechados, Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul, Minas Gerais – junho de 2020 a 12 de mar. 2021.



FONTE: Planilha de Monitoramento de Surtos CIEVS/SES/MG, 08/02/2021 e NUVEPI/SRS/URA, 12/03/2021. Nota: de janeiro de 2020 a maio de 2020 não ocorreram notificações na SRS/URA. A definição de surto foi publicada em julho de 2020. Dados de 2021 referem-se às notificações realizadas até 12/03/2021.

Da mesma forma que observamos o nítido aumento de casos e óbitos por Covid-19 em 2021 em relação a 2020, observamos no gráfico 12 que, em menos de 3 meses, já ocorreram mais da metade dos surtos notificados em 2020.

5.3 Surtos com ocorrência de óbito na informação inicial.

No período de 11 de fevereiro e 11 de março de 2021, foram identificados sete surtos, dos quais a notificação inicial ao Cievs Minas já aponta a ocorrência de óbitos. Na tabela 4 eles estão identificados, de acordo com a forma de detecção e o número de óbitos informados.

Tabela 4 – Surtos com ocorrência óbito na informação inicial.

Notificação Cievs	Nº óbitos	Detecção por denúncia?	Detecção em função do óbito?
11/02/2021	2	Não	Sim
13/02/2021	2	Sim	Não
23/02/2021	1	Não	Não
23/02/2021	1	Sim	Não
09/03/2021	1	Sim	Não
10/03/2021	1	Não	Sim
11/03/2021	1	Não	Não

Fonte: Informações fornecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Atualizado em 12/03/2021.

Conforme demonstra a Tabela 8, em um mês três surtos foram identificados através de denúncias, o que denota a fragilidade da vigilância em saúde municipal, que encontra dificuldade em detectar o surto em momento oportuno.

Ressalta-se que em dois casos, os surtos somente foram detectados através da declaração de óbito, nestes casos a ausência de prescrição do isolamento facilitou a transmissão do vírus entre os envolvidos no surto e suas famílias.

Quando o surto é identificado e investigado em tempo oportuno, é possível controlar a transmissão, e preservar a vida, pois a vigilância epidemiológica indica os isolamentos necessários, e a vigilância sanitária e saúde do trabalhador estabelecem as medidas de controle.

Na SRS/Uberaba nosso papel de apoio técnico aos municípios também é realizado de forma compartilhada entre os segmentos da vigilância em saúde, desta forma, foram elaborados materiais técnicos de apoio às vigilâncias municipais.

A seguir apresentamos Fluxograma 1 para facilitar a detecção do surto de Covid-19 em tempo oportuno.

Fluxograma 1 – Detecção e Notificação imediata de surto de COVID-19 em ambientes fechados ou restritos, macrorregião de saúde Triângulo do Sul, 2021.



E, para facilitar a investigação e manejo dos Surtos, a SRS/Uberaba elaborou o Fluxograma 2.

Fluxograma 2 – Investigação e medidas, 2021.



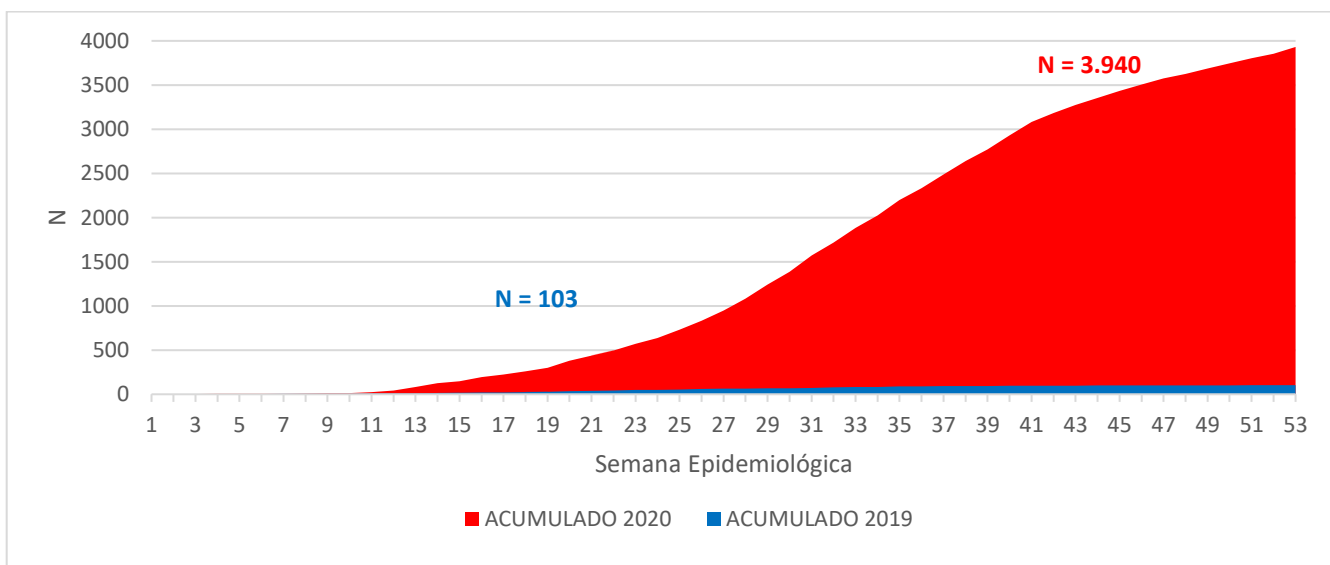
6. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Apesar de iniciado o ano epidemiológico de 2021 e nos encontrarmos na SE 9, casos notificados durante o ano de 2020 que ainda permanecem ativos continuam sendo atualizados periodicamente. Desse modo, o Boletim apresentará a seguir a consolidação desses casos ativos de 2020 até o presente momento, assim como os casos ativos de 2021.

6.1 Comparação de casos acumulados em 2019 e 2020

O gráfico 18 nos apresenta o número acumulado de casos de SRAG em 2020 (área vermelha) e 2019 (área azul), entre as semanas 01 e 55, com elevação dos casos a partir da 10ª semana em 2020, o que representa 38,1 vezes mais casos internados por SRAG em 2020 quando comparado a 2019, na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

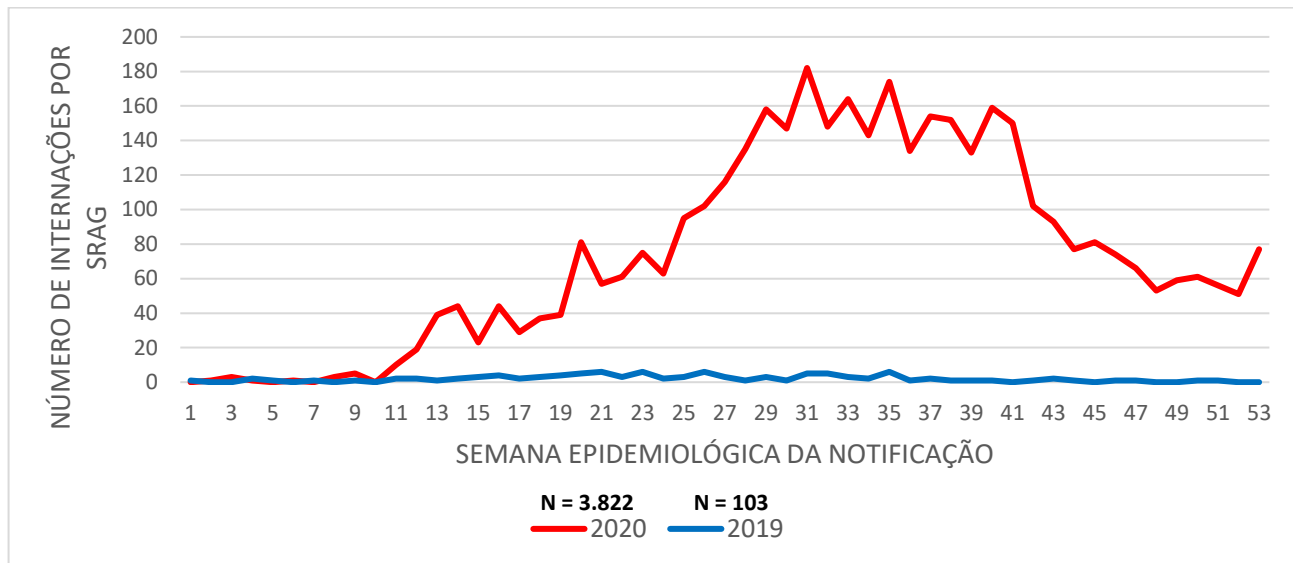
Gráfico 18 - Comparação de casos acumulados de SRAG em 2019 e 2020. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2020.



FONTE: SIVEP-Gripe

O gráfico 19 apresenta o número de internações por SRAG em 2020 e em 2019, onde observamos três picos nas semanas epidemiológicas 31, 35 e 40/2020 e depois uma queda brusca no número de casos notificados até a SE 44, quando volta a subir e se manter. Todos os municípios do país apresentaram problemas com os sistemas de informação vinculados ao DATASUS, dentre os quais está o SIVEP GRIPE, como amplamente divulgado. Acreditamos que há uma queda real do número de casos notificados nesse período, mas também podemos estar ainda sofrendo a influência de fatores associados a alimentação do SIVEP GRIPE.

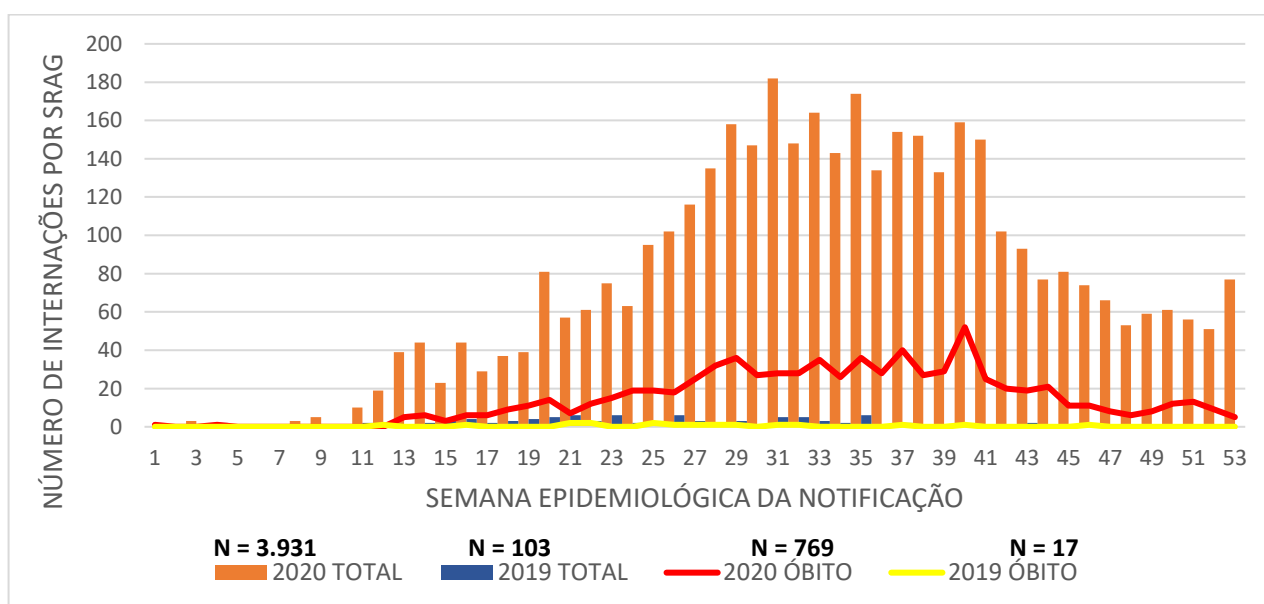
Gráfico 19 – Número de internações por SRAG segundo semana epidemiológica de notificação na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul em 2019 e 2020.



FONTE: SIVEP-Gripe

Observamos, em ambos os anos, que a partir da semana epidemiológica 18 ocorre o aumento de internações por SRAG, provavelmente devido à circulação de outros vírus respiratórios como a influenza, associada à sazonalidade, que se somou à Covid-19 em 2020 (gráficos 19 e 20). A taxa de letalidade por SRAG é menor em 2019 (16,50%) quando comparada à de 2020 (19,70%) (gráfico 20). Observamos também, no gráfico 20, que o pico de óbitos por SRAG, em 2020, na macrorregião ocorreu na semana epidemiológica 40.

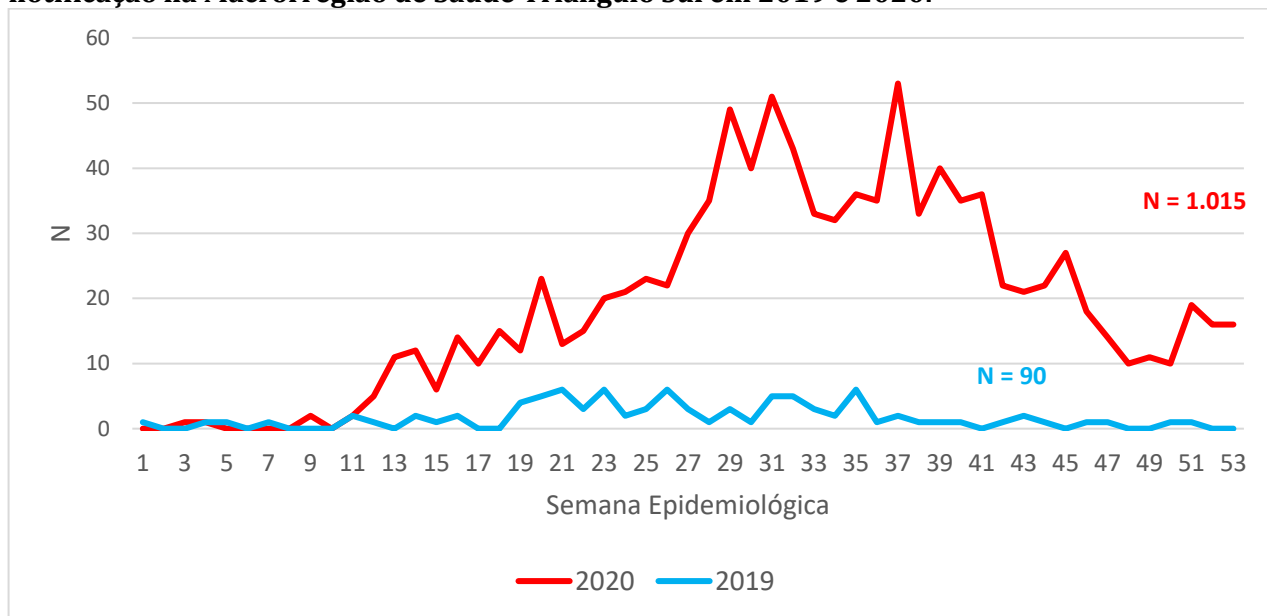
Gráfico 20 - Número de hospitalizações e óbitos por SRAG segundo semana epidemiológica de notificação em 2019 e 2020.



FONTE: SIVEP-Gripe

O gráfico 21 apresenta uma comparação entre o número de internações por SRAG em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) nos anos de 2019 e 2020. Observamos o predomínio das internações em 2020 quando comparadas a 2019, entretanto, quando comparamos as proporções, observamos que em 2019 a maior parte das internações ocorreram em UTIs (87,4%), ao contrário do observado em 2020 (25,8%).

Gráfico 21 - Número de internações por SRAG em UTI segundo semana epidemiológica de notificação na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul em 2019 e 2020.



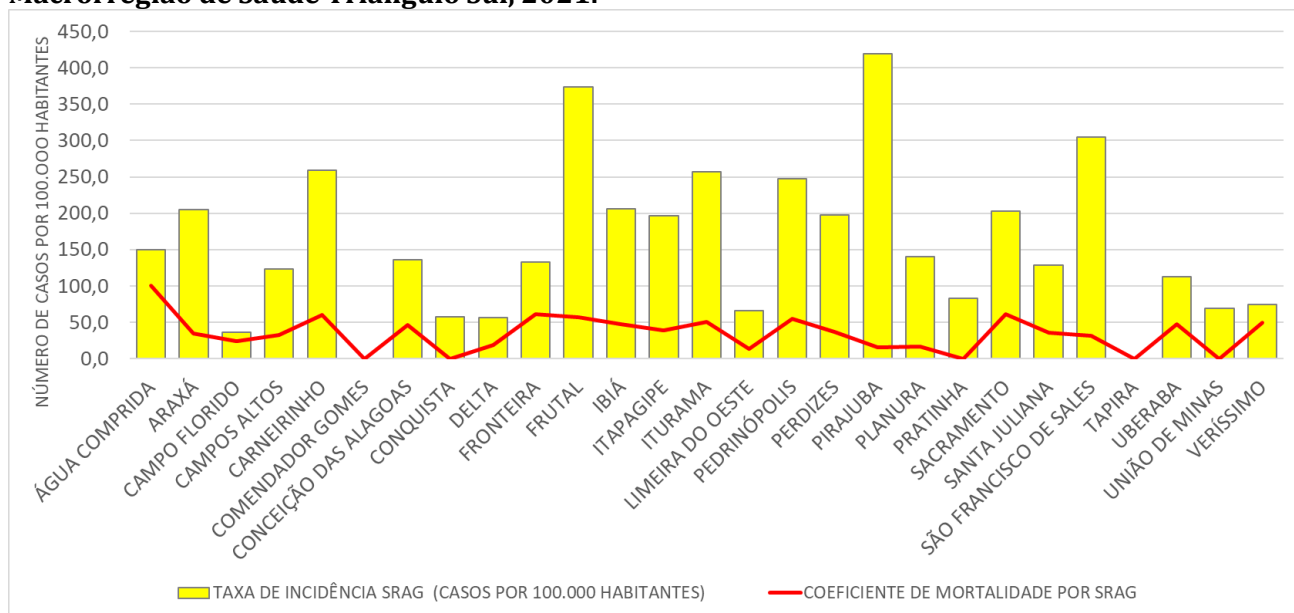
FONTE: SIVEP-Gripe

A circulação de outros vírus respiratórios, provavelmente a influenza a partir da semana epidemiológica 18 em 2019, parece ter sido mais impactante em termos de gravidade dos casos do que o incremento da Covid-19 em 2020. Entretanto, importante ressaltar o impacto da Covid-19 no número de internações por SRAG em 2020 e na necessidade de leitos de terapia intensiva disponíveis para atendimento à esta demanda.

6.2 Coeficientes de incidência e mortalidade segundo município de residência

O gráfico 22 nos apresenta os coeficientes de incidência (colunas) e mortalidade (linha) da SRAG na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul para o ano de 2021, atualizados em 17/03/2021. É possível identificar que a maior taxa de incidência de SRAG ocorre no município de Pirajuba, seguido por Frutal, enquanto o município de Água Comprida apresenta o maior coeficiente de mortalidade para SRAG até meados da SE 11 de 2021.

Gráfico 22 - Coeficientes de incidência e mortalidade segundo município de residência. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe

6.3 Comparação de casos acumulados entre 2020 e 2021

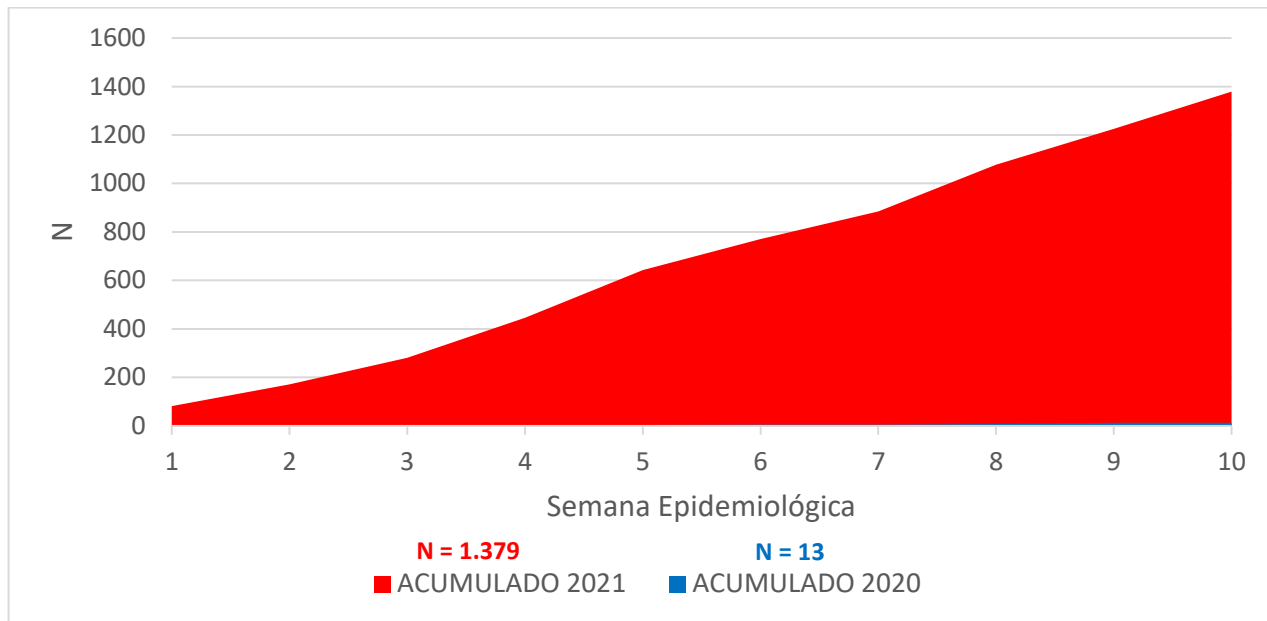
Por estarmos no início do ano de 2021, os dados não possuem volume suficiente para visualmente demonstrar a situação, entretanto a comparação dos números entre o mesmo período de 2020 e 2021 ajuda na melhor compreensão da informação trazida. Os dados apresentados foram atualizados até o dia 17/03/2021.

Nas primeiras semanas de 2020, a macrorregião não sentia os reflexos da pandemia que estava no seu início, nos países asiáticos, de modo que os casos representados nesse período são um reflexo da época pré-pandemia, sendo similares aos identificados nos anos anteriores e para as análises apresentadas.

O gráfico 23 nos apresenta o número acumulado de casos de SRAG em 2021 (área vermelha) e 2020 (área azul), entre as semanas 01 e 10. A quantidade de casos de SRAG em 2021, atualmente é 106 vezes maior do que o identificado no mesmo período de 2020.

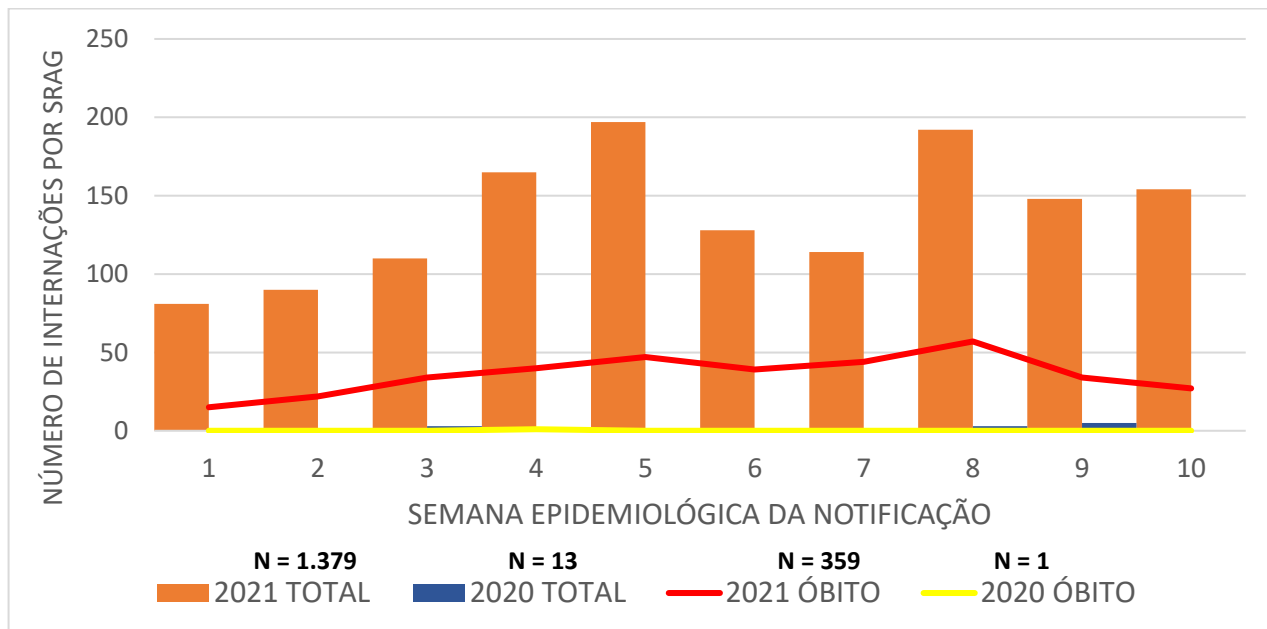
Observamos também, no gráfico 24, que o pico de óbitos por SRAG na macrorregião, no ano de 2021, ocorreu na semana epidemiológica 8, com um total de 57 casos. Até a presente data de publicação, findada a SE 10, 359 casos evoluíram a óbito na macrorregião, estando concentrados 52,0% no mês de fevereiro.

Gráfico 23 - Comparação de casos acumulados de SRAG em 2020 e 2021. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe.

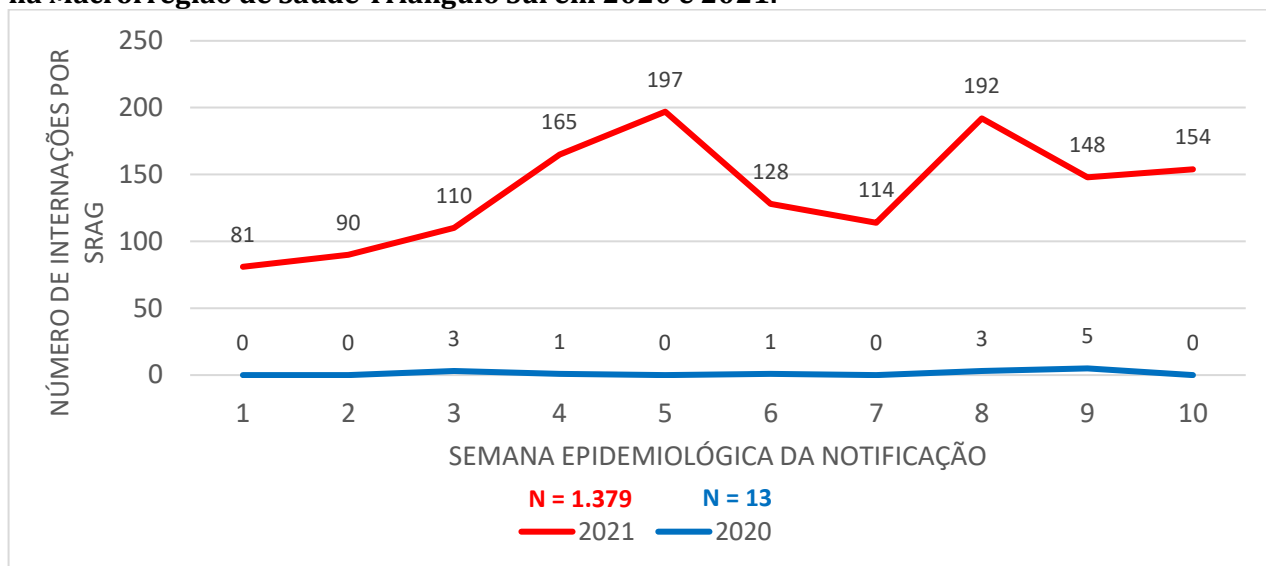
Gráfico 24 - Número de hospitalizações e óbitos por SRAG segundo semana epidemiológica de notificação em 2020 e 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe.

O gráfico 25 apresenta o número de internações por SRAG em 2021 e em 2020 por semana de notificação. Os casos notificados apresentam uma constância entre as SE 1 e 2, seguido por um crescimento entre as SE 3 e 4, que se torna expressivo na SE 5, reduzindo nas SE 6 e 7, voltando a aumentar na SE 8 e se mantendo constante nas semanas seguintes.

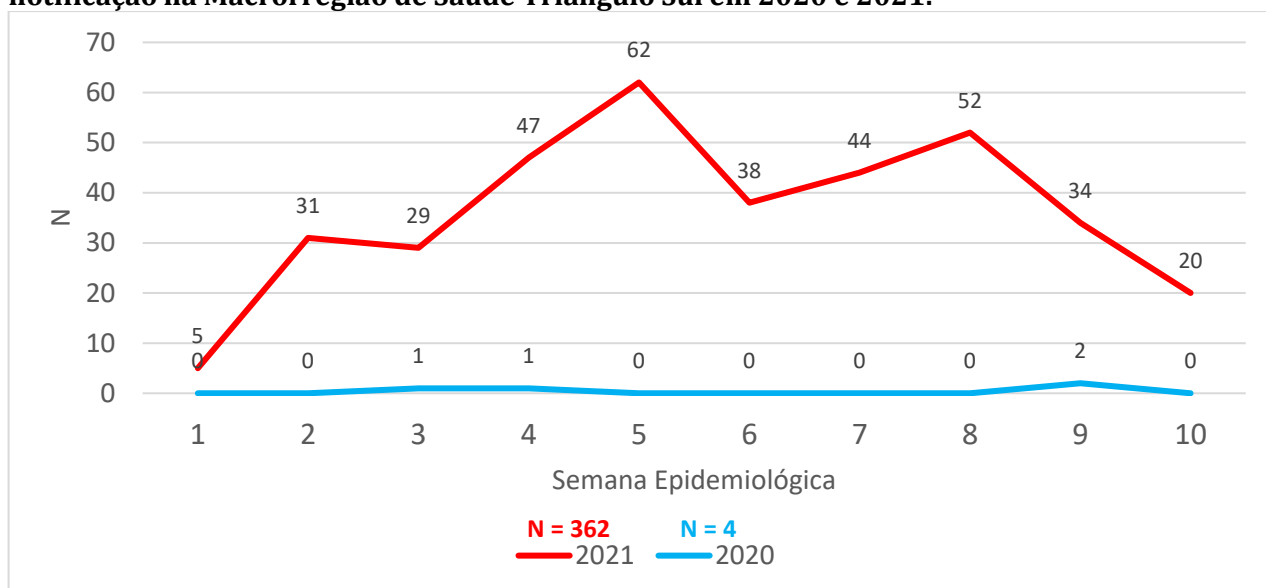
Gráfico 25 – Número de internações por SRAG segundo semana epidemiológica de notificação na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul em 2020 e 2021.



FONTE: SIVEP-Gripe

Por outro lado, o gráfico 26 apresenta uma comparação entre o número de internações por SRAG em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) nos anos de 2020 e 2021, que embora tenham aumentado entre as SE 1 e 2, seguindo o aumento das notificações, apresentou uma quantidade constante entre as SE 3 e 4, seguido de um crescimento expressivo na SE 5 (relacionado ao aumento de casos nessa semana) e uma redução nas SE 6. Devido à alta demanda de notificações, a atualização dos casos tende a ocorrer com um certo atraso, resultando em uma atualização tardia nos gráficos apresentados que afeta principalmente os dados referentes a internações.

Gráfico 26 - Número de internações por SRAG em UTI segundo semana epidemiológica de notificação na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul em 2020 e 2021.



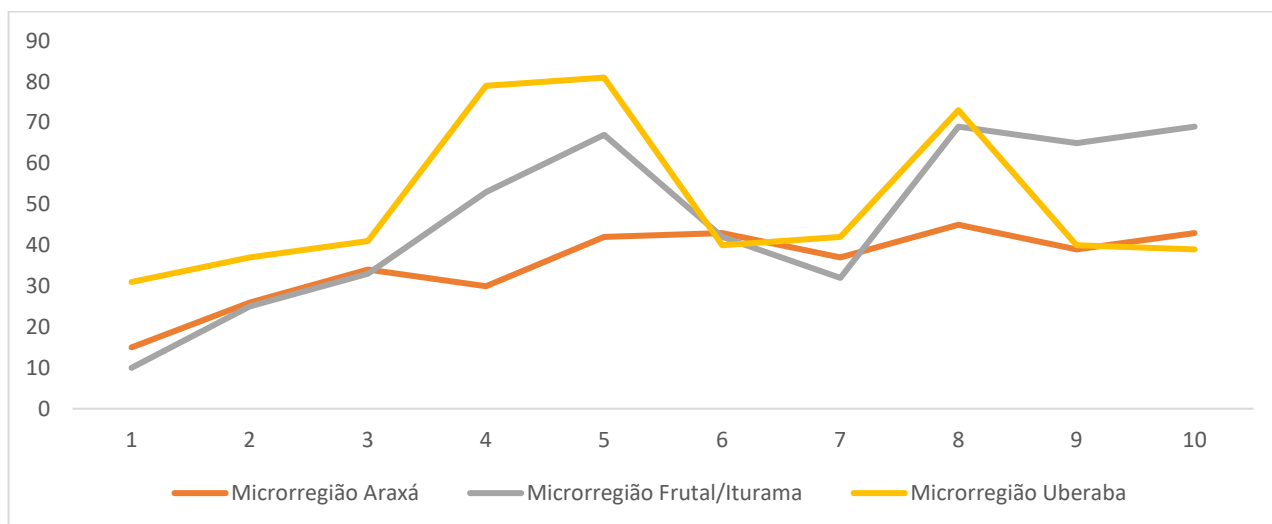
FONTE: SIVEP-Gripe

Desse modo, ao contrário do observado no Boletim Epidemiológico 4 de 2021, com a atualização das notificações, as SE 7 e 8 apresentaram um aumento nas internações. Assim, apesar das SE 9 e 10 apresentarem uma redução no número de internação, quando comparados com as semanas anteriores, salientamos que os dados podem se encontrar desatualizados, não retratando assim a realidade.

Nota-se um padrão similar entre os gráficos 25 e 26, mostrando a correlação entre o aumento de casos notificados e o número de internações em UTIs.

O gráfico 27 apresenta a relação entre a microrregião de residência dos casos de SRAG e a semana epidemiológica de notificação.

Gráfico 27 – SRAG segundo microrregião de residência e semana epidemiológica de notificação, na Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul, 2021.

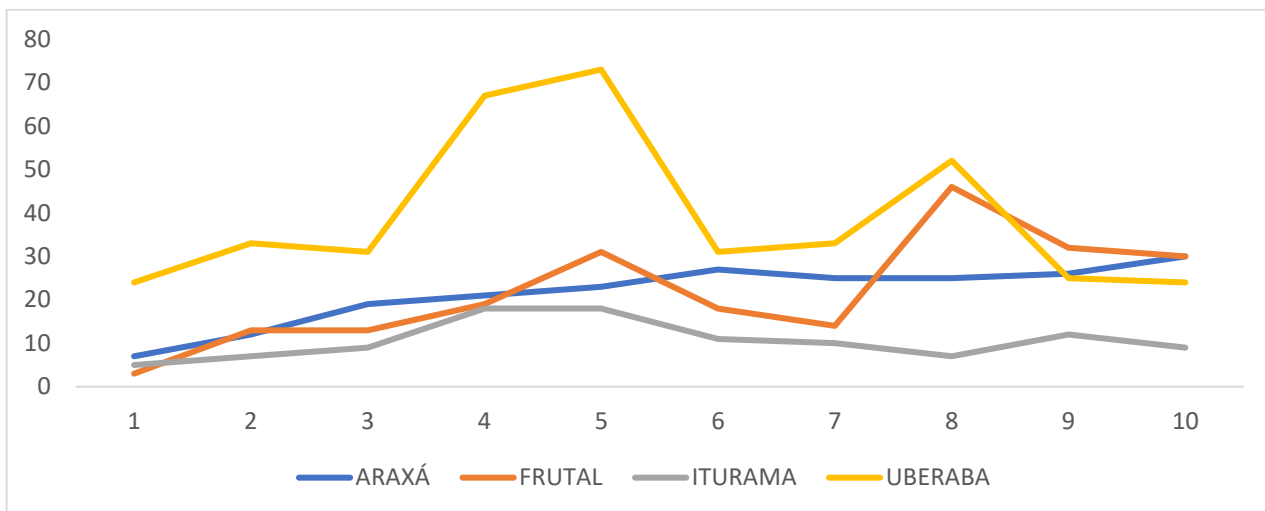


Fonte: SIVEP Gripe.

Nota-se um aumento no conjunto das notificações nas SE 5 e 8 principalmente das microrregiões de Frutal/Iturama e Uberaba, enquanto a microrregião de Araxá apresenta um comportamento mais constante que as demais. Ao contrário da microrregião de Uberaba, Frutal/Iturama permanece nas SE 9 e 10 com um aumento de casos, em relação as SE anteriores. O gráfico 28 apresenta em detalhe as notificações provenientes dos municípios sede das microrregiões, por semana de notificação.

Analisando o gráfico 28, em relação ao gráfico 27 é possível identificar que os municípios sede apresentam maior influência no controle da amplitude dos casos, sendo os responsáveis pela maioria das notificações de SRAG ao longo das semanas epidemiológicas. Além disso, percebe-se a maior quantidade de notificações provenientes do município de Frutal, na microrregião Frutal/Iturama, resultado direto da alta taxa de incidência para SRAG mostrada pelo gráfico 22.

Gráfico 28 – SRAG segundo município de residência e semana epidemiológica de notificação, na Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul, 2021.



Fonte: SIVEP Gripe.

7. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

7.1 Evolução do coeficiente de positividade

O parâmetro utilizado pela SES-MG com relação à positividade das amostras analisadas é apresentado no quadro 1, de acordo com o recomendado nos Relatórios Técnicos Coes-Minas Covid-19.

Quadro 1 – Parâmetro utilizado para análise da positividade das amostras em Minas Gerais

Parâmetro	Situação
Positividade $\leq 10\%$	Esperada
$10\% < \text{Positividade} \leq 20\%$	Alerta
Positividade $> 20\%$	Crítica

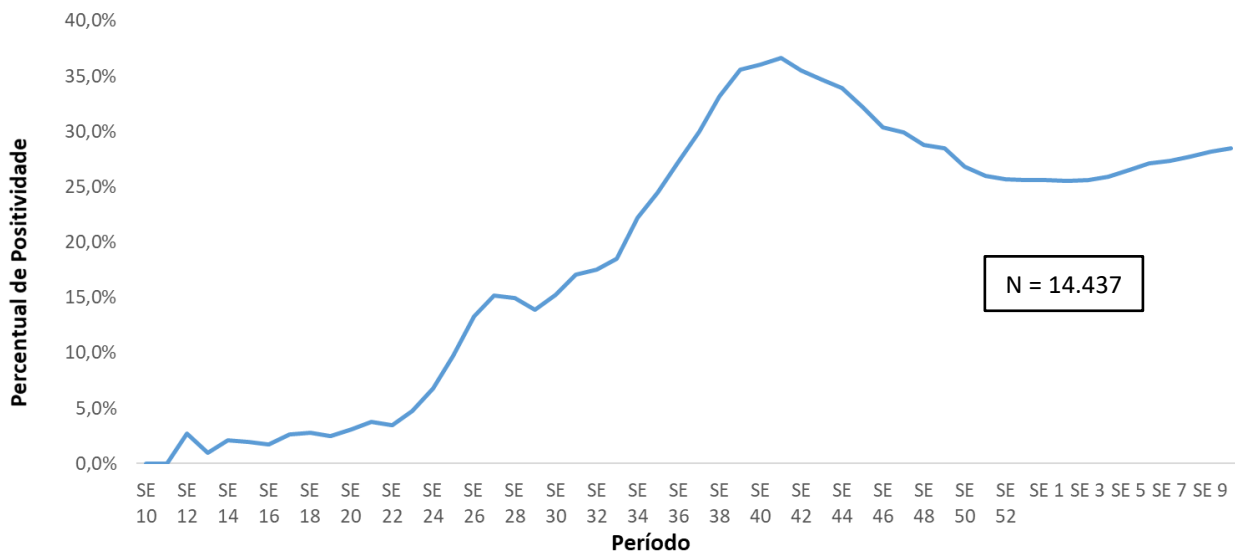
FONTE: SIVEP-Gripe

Considerando as amostras de RT-PCR processadas na rede pública, a Macrorregião de Saúde Triângulo Sul processou 10.089 amostras até a SE 53, finalizando o ano de 2020 com uma positividade acumulada de 25,64%. Da SE 25 a 34 a positividade indicava estado de alerta na macrorregião. A partir da SE 34, a positividade atingiu seu ponto máximo na SE 41 (37%), sendo considerada crítica. Desde então, veio apresentando uma queda progressiva a partir da SE 50 e se estabilizando ao longo das semanas posteriores em torno de 25,6%.

Nas primeiras semanas epidemiológicas de 2021 a positividade acumulada permaneceu constante nos mesmos valores do ano anterior (25,6%). A partir da SE 4 foi registrado um ligeiro aumento da

positividade, confirmado e intensificado nas semanas posteriores. Atualmente, a positividade encontra-se sendo igual a 28,45% na SE 10 (gráfico 29).

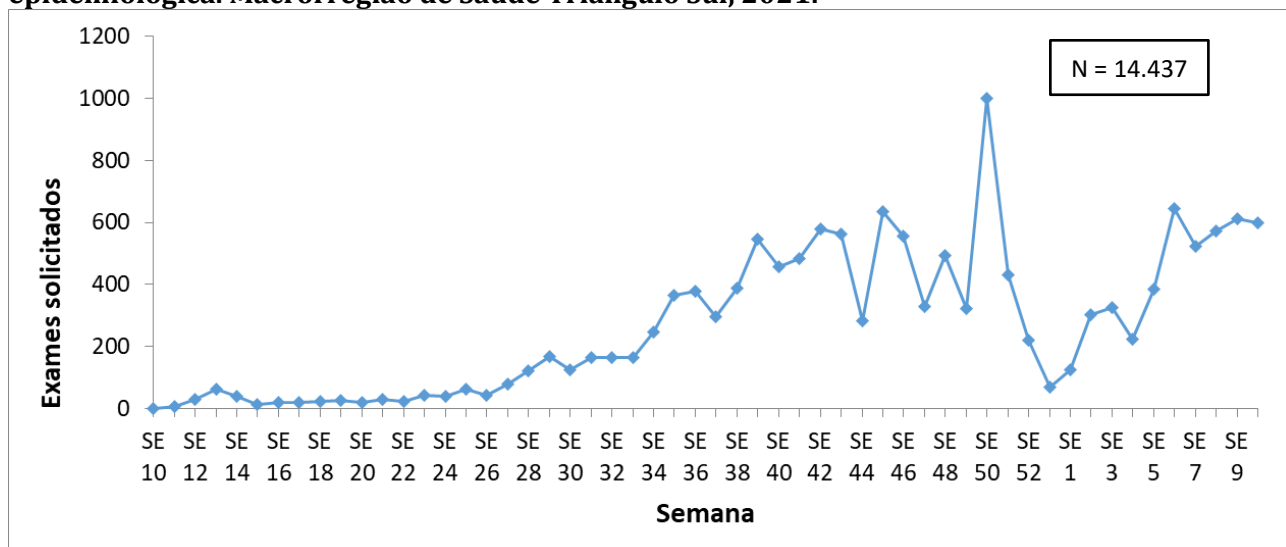
Gráfico 29 - Positividade acumulada de Testes RT-PCR para diagnóstico de Covid-19 na Rede Pública. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. Período: 01/03/2020 a 13/03/2021.

Segundo o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), 14.437 amostras foram coletadas e cadastradas para o diagnóstico molecular de COVID-19. Houve um aumento significativo do número de exames solicitados a partir da SE 34 (gráfico 30), seguido por uma redução na SE 52, indo de encontro ao recesso de final de ano. Em seguida, a partir da SE 2 foi registrado um aumento nos exames solicitados que se mantêm constante até o presente momento, na SE 10.

Gráfico 30 - Total de exames solicitados para suspeitos de COVID-19 por semana epidemiológica. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

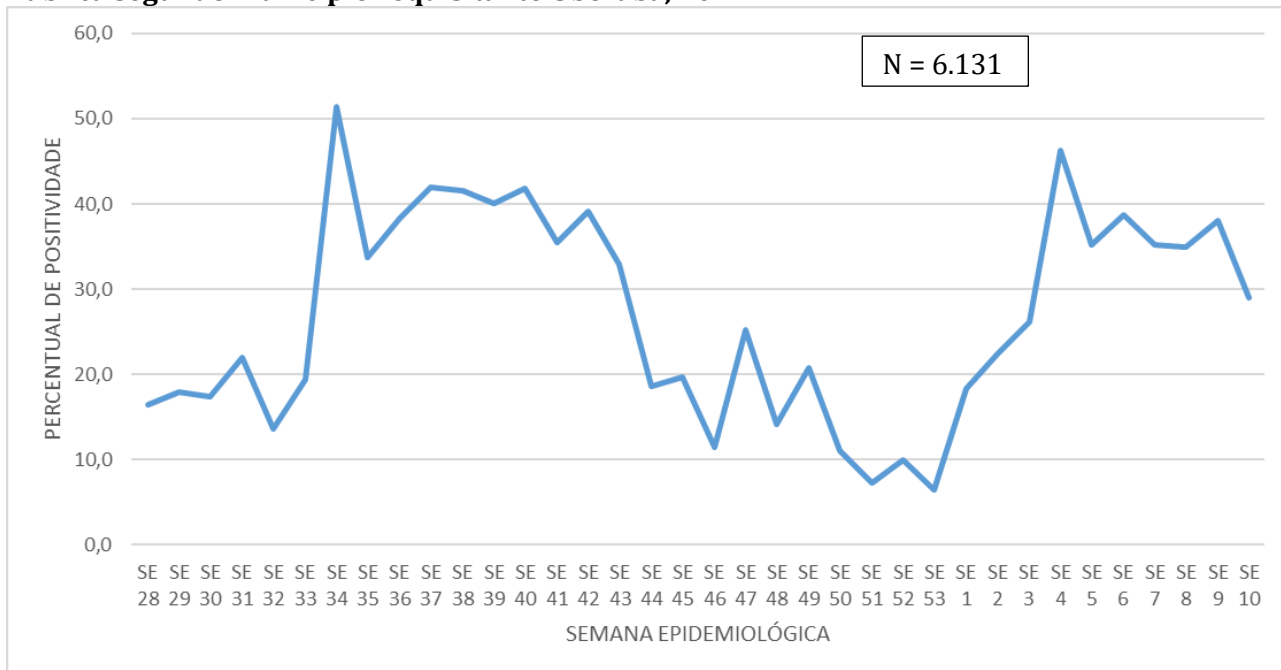


Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. Período: 01/03/2020 a 13/03/2021.

Considerando o atraso no tempo de liberação de resultados de amostras, consequência do aumento do número de coletas e represamento das amostras nos Laboratórios de referência, informados no Boletim Especial da URS Uberaba no. 13, observamos um expressivo aumento no número de amostras analisadas na semana epidemiológica 50. Esclarecemos que esse número reflete as análises realizadas durante esse período, e não necessariamente um aumento de casos confirmados acima do padrão esperado.

Quando desagregamos os dados para a análise de positividade por semana epidemiológica no maior município requisitantes da macrorregião, Uberaba, observamos o comportamento da positividade das amostras processadas entre as semanas 28 de 2020 e 10 de 2021, quando oscilamos entre as situações de alerta e crítica (gráfico 31) lembrando que Uberaba coleta amostras de pacientes provenientes de outros municípios da macrorregião.

Gráfico 31 - Positividade acumulada de Testes RT-PCR para diagnóstico de Covid-19 na Rede Pública segundo município requisitante Uberaba, 2021.



Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. Período: 05/07/2020 a 13/03/2021.

No caso do município requisitante Uberaba, observamos uma estabilização na positividade das amostras a partir da SE 37, permanecendo em torno de 40% até a SE 40, caindo progressivamente até a SE 46 onde começou a alternar entre semanas com acréscimo e redução de exames permanecendo em situação de alerta na SE 50. Nas três semanas seguintes, o município passou a figurar em situação esperada (quando a positividade atinge uma marca menor do que 10%), de acordo com a positividade (gráfico 31). O comportamento das testagens volta a subir de maneira constante a partir da SE 1 até a

SE 3, seguido por um expressivo acréscimo na SE 4 com posterior redução na SE 5 e estabilização nas semanas seguintes, fazendo com que o município se encontre atualmente em situação crítica.

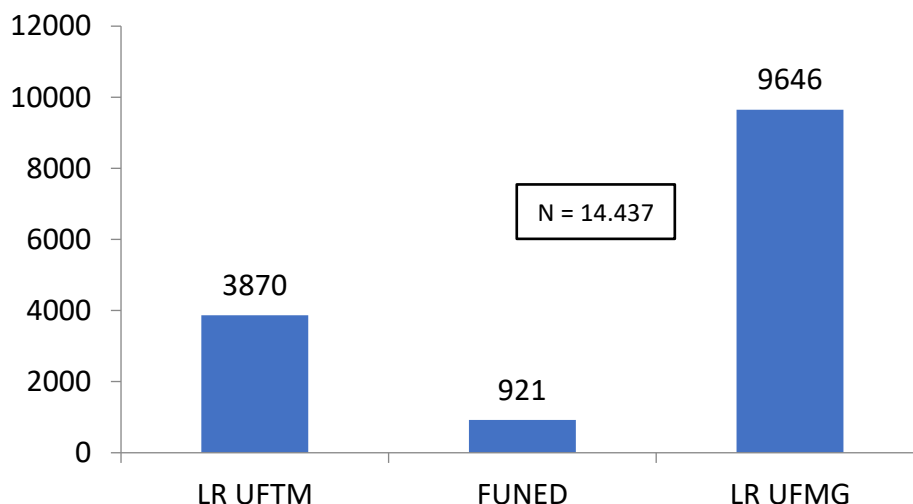
7.2 Exames laboratoriais realizados na rede pública RT-PCR e Teste Rápido

Na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul foi firmada parceria da SES/MG com o Laboratório de Imunologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (LR UFTM), e as análises para diagnóstico de Covid-19 através de RT-PCR iniciaram em 06 de julho de 2020, após credenciamento junto à Fundação Ezequiel Dias (Funed), que até então era responsável pelas análises de todas as amostras da região. Por motivos de extrapolação da capacidade laboratorial do LR UFTM, esclarecida no Boletim Especial da URS Uberaba Número 7, a partir de 13/10 o fluxo de todas as amostras da Macrorregião Triângulo Sul foi direcionado para o LR UFMG em Belo Horizonte, e seu transporte assumido pela SRS/Uberaba, três vezes por semana.

O LR UFMG atende diariamente, inclusive finais de semana e feriados. Na semana 49 houve um atraso no tempo de liberação de resultados devido a um aumento de casos, somado à ampliação dos critérios e o retorno de alguns fluxos para o LR UFMG. Com isso, houve um represamento de amostras na triagem, que é realizada pelo LR UFMG. A demanda dos municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul aumentou consideravelmente após a publicação do Manual de Diagnóstico Covid-19, 2ª versão, em outubro de 2020.

O gráfico 32 apresenta o número de amostras provenientes dos municípios da Macrorregião Triângulo Sul, processadas e analisadas segundo laboratório executor, de 01 de março 2020 a 13 de março de 2021.

Gráfico 32 - Número de amostras acumuladas processadas e analisadas segundo laboratório executor. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



FONTE: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. Período: 01/03/2020 a 13/03/2021.

A tabela 5 apresenta o número de exames realizados na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul para a detecção de SARS-CoV-2 por RT-PCR, e testes rápidos realizados pelos laboratórios da rede pública. O índice de positividade no período ainda aponta para o estado crítico (acima de 20%) no panorama acumulado, mas observamos que o índice de positividade nos exames de RT PCR que estava em declínio até a SE 48 apresentou um ligeiro crescimento até a SE 50, porém registrou uma redução expressiva nas últimas três semanas de 2020, encerrando o ano com uma situação de alerta, porém próxima ao esperado.

Tabela 5 - Exames RT-PCR e Testes Rápidos realizados na rede pública de saúde. Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

TIPO DE EXAME REALIZADO	EXAMES REALIZADOS	EXAMES POSITIVOS	POSITIVIDADE ACUMULADA	POSITIVIDADE SEMANA 9
RT-PCR*	14.437	4.108	28,45% (ant. 28,16%)	35,17% (ant. 37,64%)
TESTES RÁPIDOS**	26.832	3.466	12,92% (ant. 12,92%)	-

*Fonte: Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. Período: 01/03/2020 a 13/03/2021.

**Fonte: Dados fornecidos pelos municípios, atualizado em 16/03/2021

Entretanto, como reflexo das festas de fim de ano, nas SE 1 e SE 2 de 2021, os valores da positividade nos testes semanais voltaram a apresentar um expressivo crescimento, resultando em uma situação crítica que se mantém até a atual SE 10. Observamos ainda uma permanência da taxa de positividade nos testes rápidos em relação aos boletins anteriores, relacionadas a diminuição dos estoques.

O quadro 2 apresenta os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde, sua distribuição e testagem segundo município de residência. Os índices de positividade observados em Delta, Iturama, São Francisco de Sales, Santa Juliana, Conceição das Alagoas, Campos Altos, Planura, Sacramento, União de Minas, Campo Florido, Fronteira, Pirajuba, Frutal, Itapagipe, Limeira do Oeste, Água Comprida, Araxá e Ibiá parecem estar mais próximos do esperado que nos demais municípios, fato que pode explicar a indicação do uso do teste rápido em pacientes sintomáticos, de acordo com o preconizado.

Os índices de positividade > 20% observados em Delta, Iturama, São Francisco de Sales, Santa Juliana e Conceição das Alagoas denotam situação crítica nesses municípios. Observamos ainda que somente os municípios Água Comprida, Araxá e Uberaba apresentam estoque de testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde. A positividade média da macrorregião equivale a 12,92%, que corresponde à observada na tabela 8 com relação aos testes realizados pela rede pública.

Quadro 2 - Testes rápidos acumulados realizados na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

MUNICÍPIOS	KITS DISTRIBUIDOS (20 TESTES CADA)	TESTES REAGENTES	TESTES NÃO REAGENTES	TESTES INVÁLIDOS	TOTAL DE TESTES REALIZADOS	POSITIVIDADE DOS TESTES REALIZADOS (%)	VENCIDOS	TESTES EM ESTOQUE
Água Comprida	8	10	55	6	71	14,08	40	29
Araxá	176	443	3.077	0	3.520	12,59	0	215
Campo Florido	15	50	230	0	280	17,86	0	20
Campos Altos	26	96	392	19	507	18,93	0	13
Carneirinho	22	32	311	5	348	9,20	0	92
Comendador Gomes	8	7	123	10	140	5,00	0	20
Conceição das Alagoas	44	202	607	11	820	24,63	0	60
Conquista	16	32	287	1	320	10,00	0	0
Delta	17	120	157	9	286	41,96	0	40
Fronteira	29	76	436	17	556	13,67	0	40
Frutal	115	349	1871	40	2.260	15,44	0	40
Ibiá	39	84	608	60	752	11,17	0	28
Itapagipe	28	75	402	40	517	14,51	0	40
Iturama	71	480	926	14	1.420	33,80	0	0
Limeira do Oeste	18	45	286	3	334	13,47	26	0
Pedrinópolis	8	15	119	26	160	9,38	0	0
Perdizes	26	42	436	6	484	8,49	0	37
Pirajuba	12	33	167	0	200	16,50	0	40
Planura	17	60	260	0	320	18,75	0	20
Pratinha	10	13	142	1	156	8,33	24	20
Sacramento	50	172	759	9	940	18,30	0	60
Santa Juliana	22	105	315	0	420	25,00	0	20
São Francisco de Sales	11	55	143	2	200	27,50	0	20
Tapira	11	13	122	0	135	9,63	70	20
Uberaba	624	824	10.413	114	11.351	7,26	948	181
União de Minas	9	29	137	0	165	17,58	0	20
Veríssimo	10	4	162	4	170	2,35	0	20
TOTAL URS	1.442	3.466	22.943	397	26.832	12,92	1.108	1.122

FONTE: Informações fornecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Atualizado em 16/03/2021.

8. VACINA CONTRA A COVID-19

A Campanha Nacional de Vacinação contra o COVID-19 foi iniciada nos municípios da SRS-Uberaba. Recebemos um total de 250.000 seringas agulhadas e a cada remessa recebida pelo Estado, as vacinas contra o SARS-COV-2 são distribuídas proporcionalmente ao tamanho da população dos municípios.

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 está disponibilizando até o momento, duas vacinas: a vacina proveniente das Farmacêuticas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Serum Índia-COVID-19 (recombinante).

A vacina **Coronovac COVID-19 (Sinovac/Butantan)**, demonstra melhor soroconversão (de >92 a >97%) em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 a 4 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de COVID-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo. A plataforma utilizada é de vírus inativado, indicação de uso em maior ou igual à 18 anos, via de administração IM (intramuscular), esquema vacinal de 2 doses de 0,5 ml, intervalo entre doses de 2 à 4 semanas, prazo de validade e conservação 12 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura de 2°C à 8°C e validade após abertura do frasco 8 horas após abertura em temperatura de 2°C à 8°C.

A Vacina **Covishield COVID-19 (AstraZeneca/Fiocruz)** desenvolvida pelo laboratório AstraZeneca/Universidade de Oxford e produzida em parceria com a Fiocruz demonstra soroconversão em $\geq 98\%$ a $> 99\%$ dos vacinados. Para prevenção de adoecimento pela COVID-19 a vacina demonstrou eficácia de 73% 22 dias após a primeira dose (em um período de pelo menos 3 meses) e com forte indicativo de aumento da resposta imune quando a segunda dose é fornecida em intervalo de 3 meses. A eficácia é atualmente demonstrada com mais certeza para intervalos de 8 a 12 semanas. Ressalta-se que não ocorreram casos graves ou óbitos 21 dias ou mais após a vacinação, sendo que foram observadas 10 internações por covid-19 grave no grupo placebo, incluindo 1 óbito. A Plataforma utilizada é a recombinante (partículas virais do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação, que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike), indicação de uso em maior ou igual a 18 anos, via de administração IM (intramuscular), esquema vacinal de 2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 12 semanas, prazo de validade e conservação 24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura de 2°C à 8°C e validade após abertura do frasco 6 horas após abertura em temperatura de 2°C à 8°C.

As distribuições são realizadas em percentuais compatíveis com os quantitativos recebidos a partir dos Laboratórios. No decorrer da Campanha, o MS objetiva manter o maior alcance da população. Assim, adotou-se inicialmente estratégia de distribuição:

- **Sinovac/Butantan:** recebimento simultâneo das duas doses (D1 e D2) na SRS e entrega das primeiras doses, e após 10 dias entrega das segundas doses aos municípios.
- **AstraZeneca/Fiocruz:** recebimento somente da primeira dose, posteriormente, será encaminhada segunda dose para completar o esquema com esta vacina.

Os quantitativos enviados aos municípios estão descritos nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Distribuição das 1^{as} e 2^{as} doses de vacina contra o Sars-Cov-2 nos municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

VACINAS COVID 19 ENTREGUES								
1ª REMESSA			2ª REMESSA					TOTAL D1 + D2
Município	CoronaVac dose única D1 - 20/01	CoronaVac dose única D2 - 20/01	CoronaVac dose única D1 - 01/02	CoronaVac dose única D2 - 10/02	AstraZeneca 10 doses D1 - 01/02	CoronaVac 10 doses D1 - 01/02	CoronaVac 10 doses D2 - 10/02	
Água Comprida	10	10	6	6	30	10	10	82
Araxá	749	749	358	358	1.070	240	240	3764
Campo Florido	15	15	9	9	50	10	10	118
Campos Altos	49	49	40	40	90	20	20	308
Carneirinho	35	35	21	21	100	20	20	252
Comendador Gomes	9	9	5	5	30	10	10	78
Conceição das Alagoas	76	76	48	48	160	40	40	488
Conquista	40	40	29	29	80	20	20	258
Delta	16	16	9	9	50	10	10	120
Fronteira	41	41	26	26	120	30	30	314
Frutal	556	556	25	25	350	80	80	1672
Ibiá	77	77	49	49	160	40	40	492
Itapagipe	42	42	26	26	120	30	30	316
Iturama	185	185	117	117	260	60	60	984
Limeira do Oeste	42	42	31	31	70	20	20	256
Pedrinópolis	14	14	14	14	50	10	10	126
Perdizes	51	51	29	29	140	30	30	360
Pirajuba	11	11	7	7	40	10	10	96
Planura	26	26	14	14	70	20	20	190
Pratinha	11	11	6	6	30	10	10	84
Sacramento	98	98	86	86	230	50	50	698
Santa Juliana	33	33	20	20	100	20	20	246
São Francisco de Sales	17	17	11	11	60	20	20	156
Tapira	15	15	9	9	50	10	10	118
Uberaba	4.597	4.597	314	314	3.420	760	760	14762
União de Minas	13	13	8	8	40	10	10	102
Veríssimo	12	12	5	5	30	10	10	84

Fonte: NOTA INFORMATIVA N°02/2021 - VACINAÇÃO COVID-19 NO ESTADO DE MINAS GERAIS Data de atualização: 17/03/2021.

Quadro 4 - Distribuição das 1^{as} e 2^{as} doses de vacina contra o Sars-Cov-2 nos municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

VACINAS COVID 19 ENTREGUES								
Município	3ª REMESSA		4ª REMESSA			5ª REMESSA		TOTAL D1 + D2
	CoronaVac 10 doses - D1 10/02	CoronaVac 10 doses - D2 19/02 a 25/02	CoronaVac 10 doses - D1 01/03	CoronaVac 10 doses - D2 08/03	AstraZeneca 10 doses D1 01/03	CoronaVac 10 doses - D1 15/03	CoronaVac 10 doses - D2 não entregue	
Água Comprida	30	30	10	10	30	20	20	150
Araxá	740	740	300	300	1.020	720	720	4.540
Campo Florido	40	40	20	20	60	40	40	260
Campos Altos	90	90	40	40	120	90	90	560
Carneirinho	80	80	40	40	110	80	80	510
Comendador Gomes	20	20	10	10	20	20	20	120
Conceição das Alagoas	110	110	40	40	150	110	110	670
Conquista	60	60	30	30	80	60	60	380
Delta	30	30	10	10	30	30	30	170
Fronteira	80	80	40	40	120	90	90	540
Frutal	360	360	170	170	510	410	410	2.390
Ibiá	140	140	70	70	200	180	180	980
Itapagipe	110	110	50	50	160	120	120	720
Iturama	230	230	100	100	310	230	230	1.430
Limeira do Oeste	50	50	30	30	70	50	50	330
Pedrinópolis	30	30	20	20	40	30	30	200
Perdizes	70	70	30	30	100	70	70	440
Pirajuba	30	30	10	10	40	30	30	180
Planura	50	50	30	30	70	60	60	350
Pratinha	40	40	20	20	40	40	40	240
Sacramento	200	200	90	90	280	200	200	1.260
Santa Juliana	70	70	30	30	90	70	70	430
São Francisco de Sales	40	40	20	20	60	40	40	260
Tapira	30	30	10	10	40	30	30	180
Uberaba	2.550	2.550	1.050	1.050	3.530	2.450	2.450	15.630
União de Minas	30	30	20	20	40	30	30	200
Veríssimo	30	30	20	20	30	30	30	190

Fonte: NOTA INFORMATIVA N°02/2021 - VACINAÇÃO COVID-19 NO ESTADO DE MINAS GERAIS Data de atualização: 17/03/2021.

Para definição da população-alvo da campanha nacional de vacinação contra a COVID-19, foram priorizadas segundo os critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito

pela doença. O escalonamento desses grupos populacionais para vacinação se dará conforme a disponibilidade das doses de vacina. Os grupos são mostrados pelo quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Estimativa populacional definida pelo Ministério da Saúde por grupo por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

VACINAS COVID 19 POPULAÇÃO - Estimativa Ministério da Saúde							
Município	Trabalhadores da saúde	Idoso em ILPI	Deficientes em residências inclusivas	Idosos 90 anos ou mais	População total de 85 a 89 anos	População total de 80 a 84 anos	População total de 75 a 79 anos
Água Comprida	91	0	0	16	23	40	51
Araxá	3.914	120	0	490	707	1222	2005
Campo Florido	150	0	0	30	44	76	103
Campos Altos	296	40	0	62	90	155	248
Carneirinho	335	0	0	54	78	134	212
Comendador Gomes	81	0	0	14	20	34	56
Conceição das Alagoas	566	30	0	67	97	167	291
Conquista	250	27	0	38	54	94	151
Delta	139	0	0	16	23	39	88
Fronteira	420	0	0	54	78	134	250
Frutal	1.261	60	8	280	404	698	1135
Ibiá	542	35	0	106	153	264	430
Itapagipe	427	0	0	82	118	203	342
Iturama	933	74	8	162	234	404	650
Limeira do Oeste	240	35	0	35	50	86	131
Pedrinópolis	150	5	0	19	28	48	64
Perdizes	466	0	0	40	58	100	193
Pirajuba	109	0	0	15	22	38	61
Planura	229	0	0	35	50	86	167
Pratinha	99	0	0	27	39	67	115
Sacramento	826	57	0	144	207	358	528
Santa Juliana	323	0	0	42	60	104	190
São Francisco de Sales	178	0	0	26	37	64	101
Tapira	144	0	0	15	22	38	75
Uberaba	12.615	395	60	1.747	2519	4355	6543
União de Minas	125	0	0	18	26	46	91
Veríssimo	80	0	0	21	30	53	79

Fonte de cálculo:

Trabalhadores da saúde: Trabalhadores de saúde no Estado de Minas Gerais vacinados na campanha de Influenza (2020). CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Idoso em ILPI: - Cadastro do Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019 - CadSUAS + margem de erro considerando instituições privadas não registradas.

Deficientes institucionalizados: Como não há fonte de cálculo disponível, os municípios deverão declarar a existência dessas instituições para recebimento da vacina.

Faixa etária idoso: Os dados para essa população constam agregados na faixa etária de 80 anos ou mais. Neste sendo, para se estimar esta população foi realizada uma projeção linear a partir da pirâmide etária e da tendência observada de queda nas faixas etárias anteriores.

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para cadastro de cada cidadão com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da atualização do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV).

No Estado de Minas Gerais, contamos também com o Vacinômetro, onde os municípios devem realizar o preenchimento do Painel Vacina Sars-Cov-2 da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, visando dar visibilidade para o quantitativo de doses aplicadas para cada grupo prioritário. Esses dados estão disponíveis em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/vacinometro>. Os dados que estão apresentados neste documento foram retirados deste Vacinômetro da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Sendo assim, a Campanha Nacional de Vacinação em andamento irá incorporar até o momento os seguintes grupos prioritários:

- 100% das pessoas idosas (igual ou superior a 60 anos) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas) - ILPI;
- 100% das pessoas com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas), maiores de 18 anos;
- 100% da população indígena aldeada em terras homologadas, maiores de 18 anos;
- 100% das pessoas com 90 anos ou mais de idade;
- 100% das pessoas com 85 a 89 anos de idade;
- 100% das pessoas de 80 a 84 anos de idade seguindo os critérios de prioridade:
- 84,3% dos trabalhadores de saúde
- 13% das pessoas de 75 a 79 anos de idade.

Após análise dos dados de doses recebidas, distribuídas, administradas e cobertura vacinal do cada município, foram construídos gráficos para acompanhamento e monitoramento da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 e serão enviados periodicamente aos municípios.

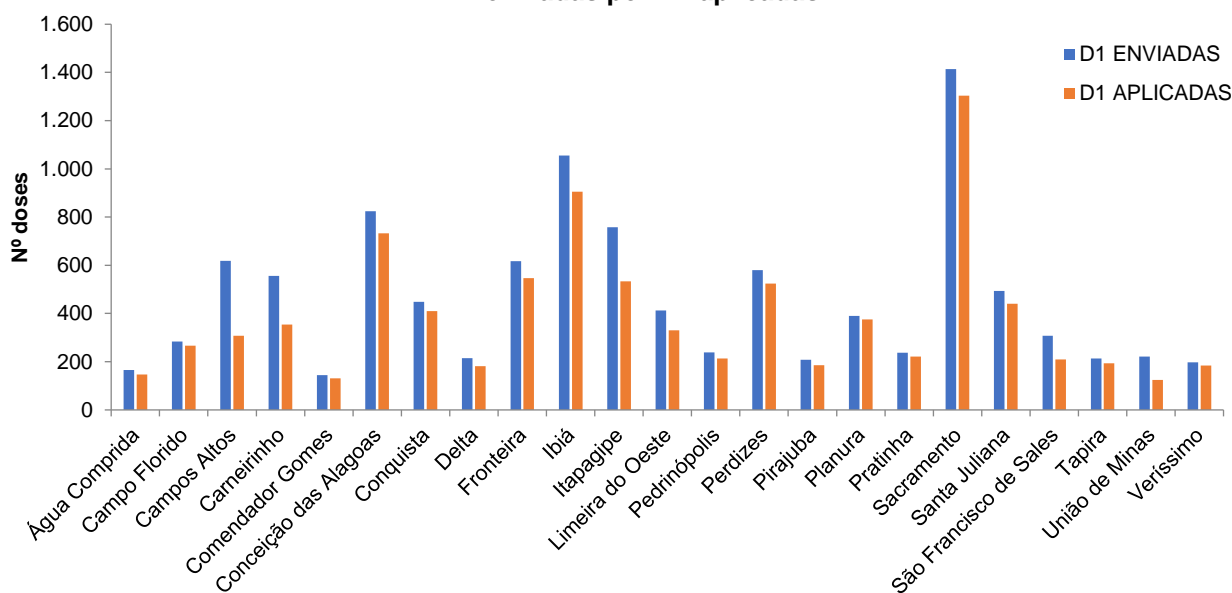
Reforçamos que os dados estão sujeitos a alteração, uma vez que é necessária atualização diária das informações pelos municípios.

Para fins de organização e melhor visibilidade dos gráficos, os municípios de maior população foram separados dos demais municípios da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

Os gráficos 33 a 46 comparam a quantidade de doses enviadas com a quantidade de doses aplicadas. O ideal é que tenhamos a mesma quantidade de envio e aplicação de D1, D2 e D1 + D2, porém devemos considerar o prazo de intervalo entre as doses, e que as D2 podem ainda não estar no prazo de serem realizadas. Outra observação importante é que os dois tipos de vacinas recebidas, na apresentação de frasco-ampola multidose podem conter volume em excesso, a fim de permitir a retirada e a administração do volume total de doses declaradas, e que o número a mais de doses pode ser aplicado quando comparado com a quantidade recebida.

Gráficos 33 e 34 - Comparação do número de primeiras doses enviadas pelo número de primeiras doses aplicadas por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

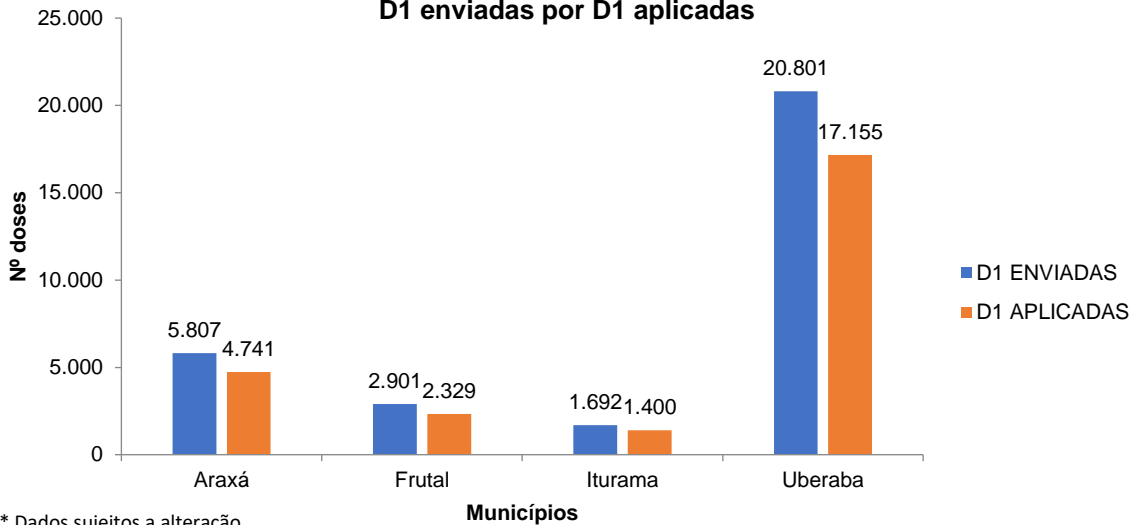
**Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19
D1 enviadas por D1 aplicadas**



* Dados sujeitos a alteração
Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos

Municípios

Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 D1 enviadas por D1 aplicadas

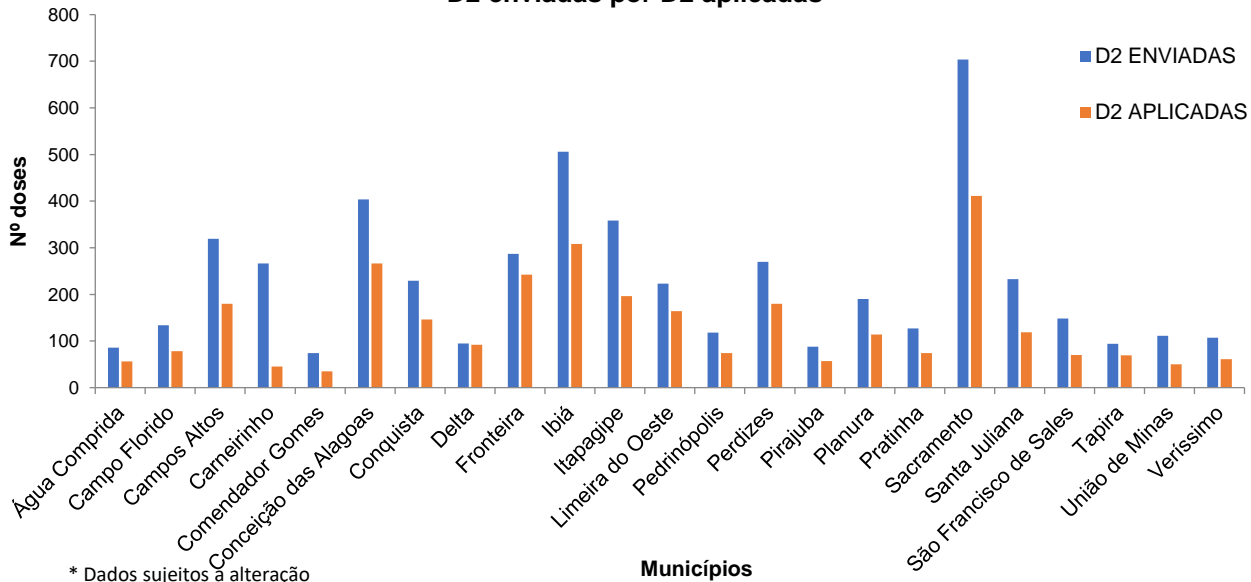


* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Gráficos 35 e 36 - Comparação do número de segundas doses enviadas pelo número de segundas doses aplicadas por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

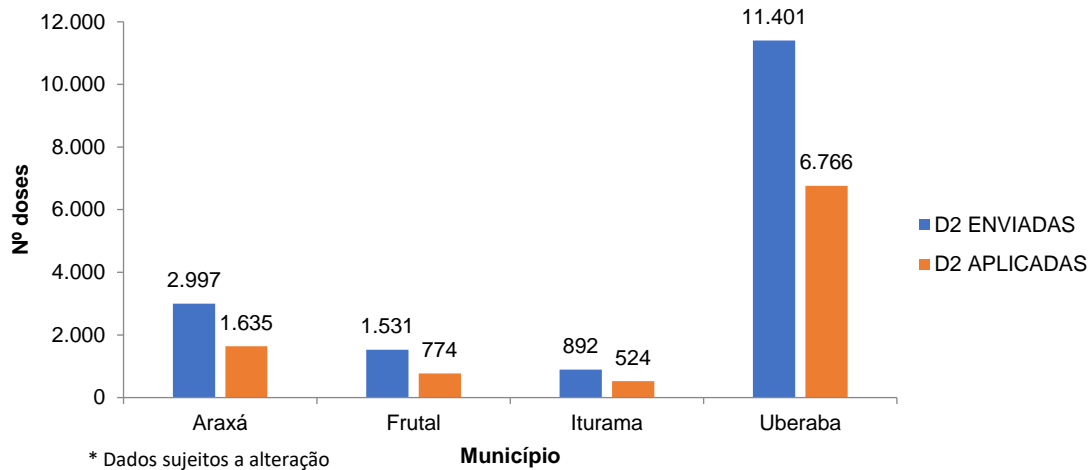
Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 D2 enviadas por D2 aplicadas



* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

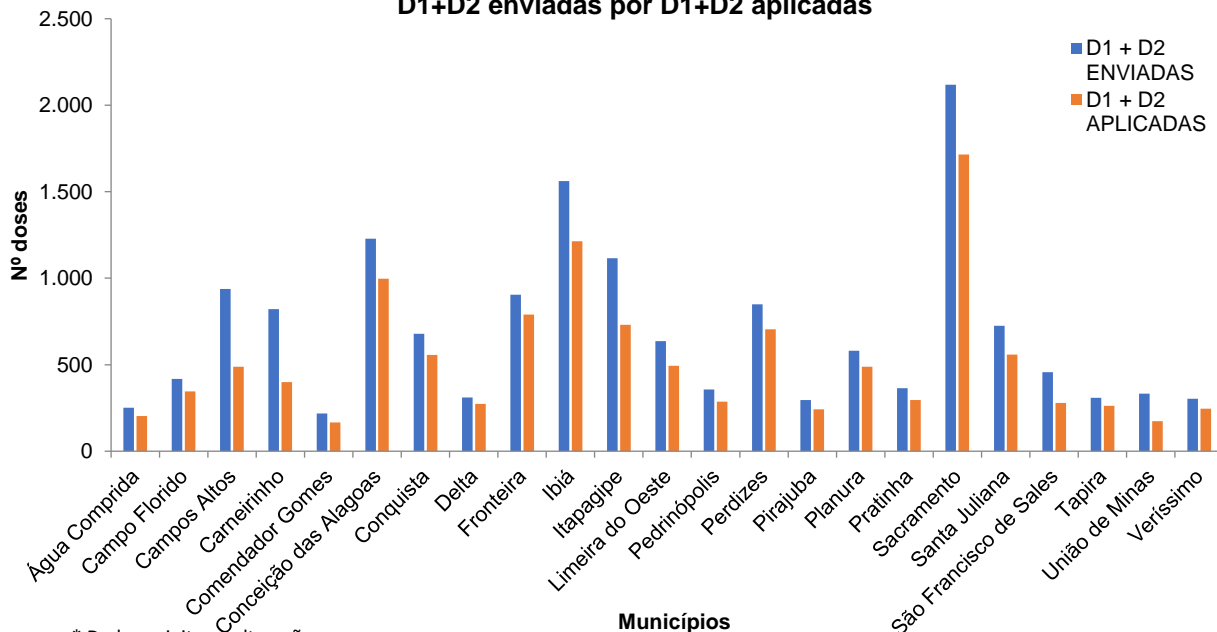
Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 D2 enviadas por D2 aplicadas



Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

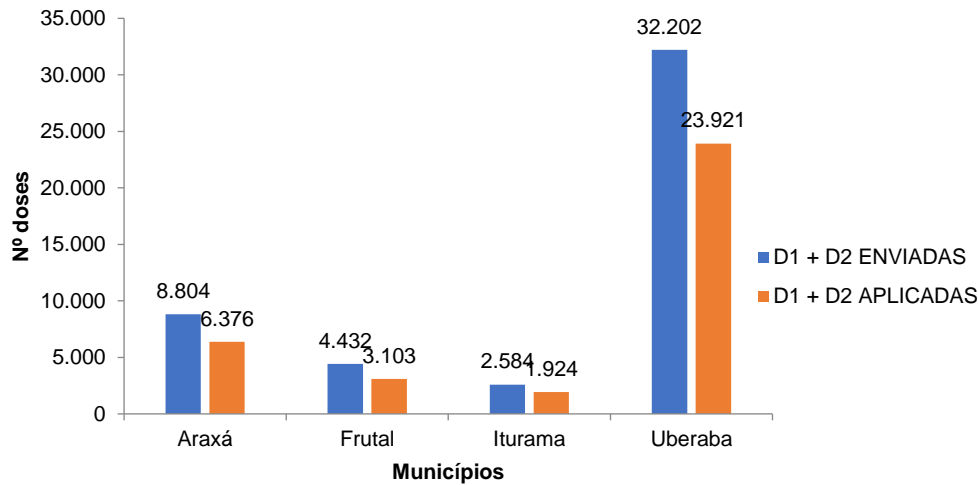
Gráficos 37 e 38 - Comparação do número de primeiras e segundas doses enviadas pelo número de primeiras + segundas doses aplicadas por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 D1+D2 enviadas por D1+D2 aplicadas



Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

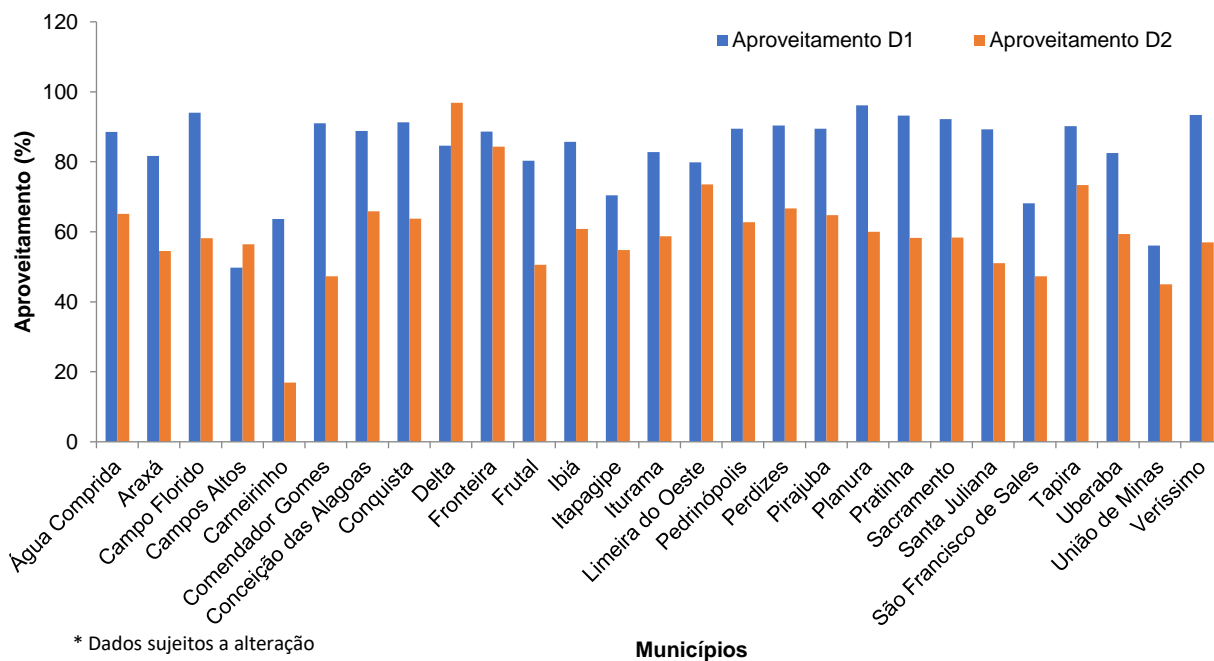
Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 D1+D2 enviadas por D1+D2 aplicadas



* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Gráfico 39 - Porcentagem de primeiras doses aplicadas em relação as primeiras doses recebidas por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



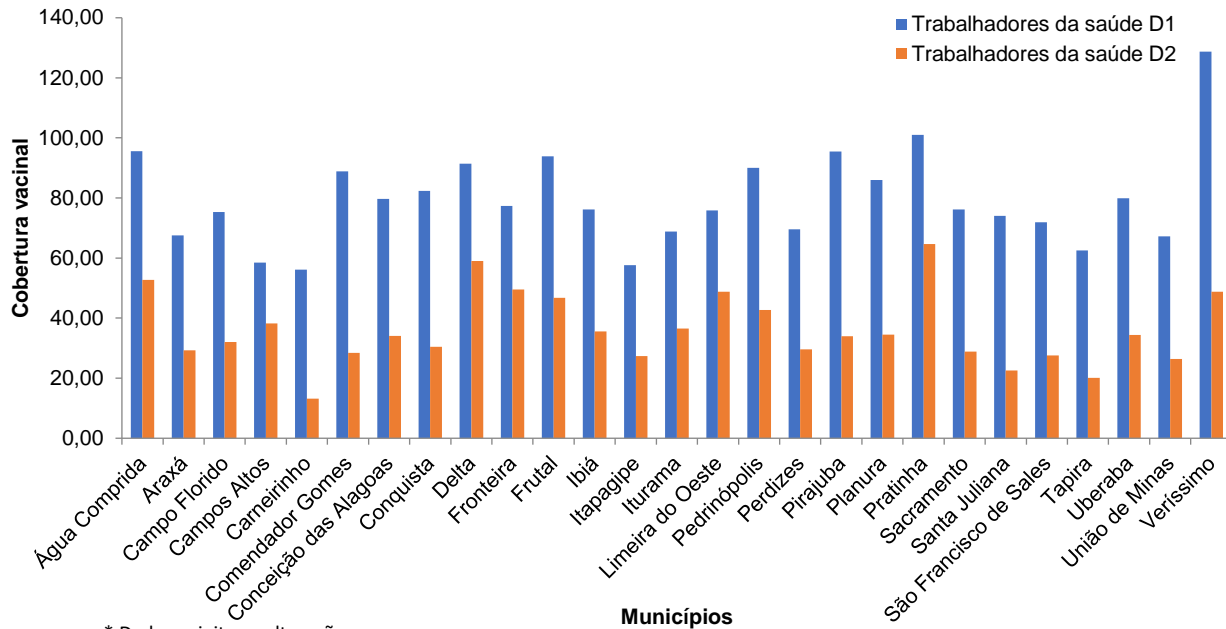
* Dados sujeitos a alteração

Municípios

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

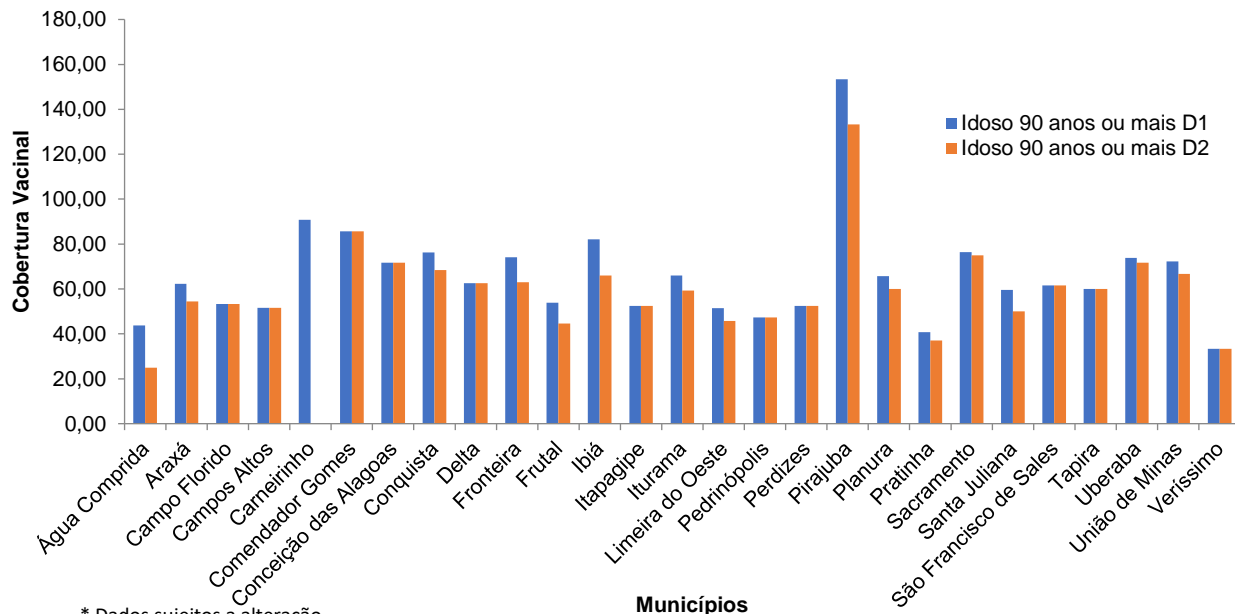
Número 5, semana epidemiológica 11

Data da atualização: 17/03/2021

Gráfico 40 - Porcentagem de vacinados do grupo de trabalhadores da saúde por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

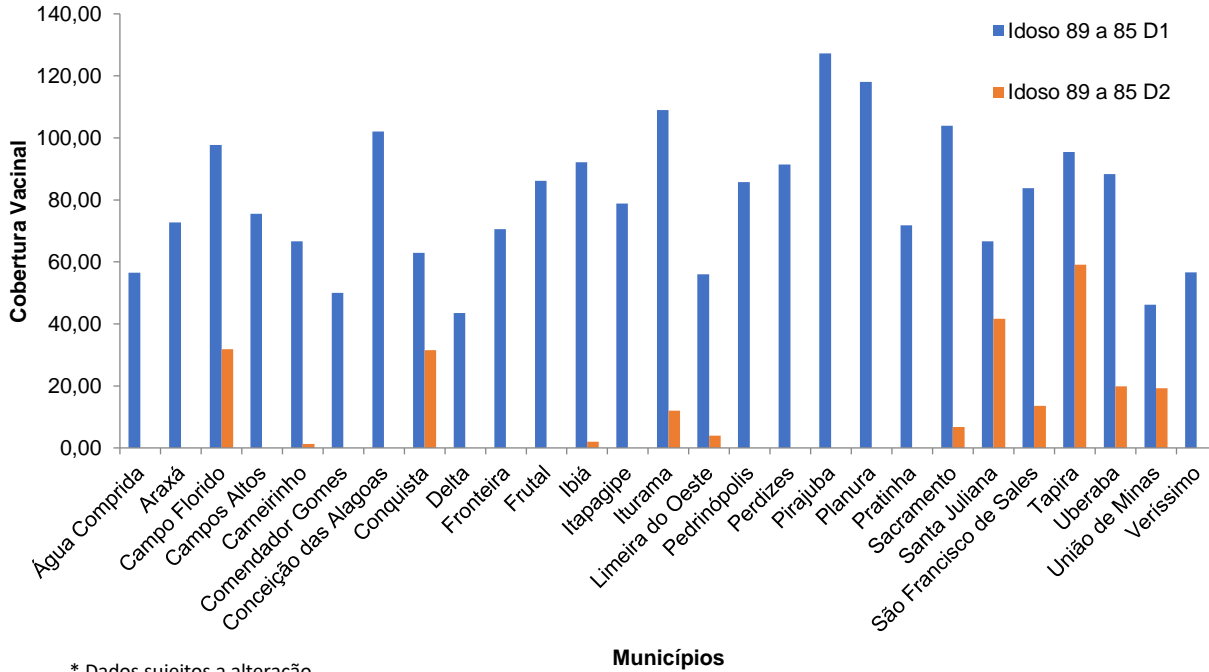
Gráfico 41 - Porcentagem de vacinados do grupo de idoso de 90 anos ou mais por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

* Dados sujeitos a alteração

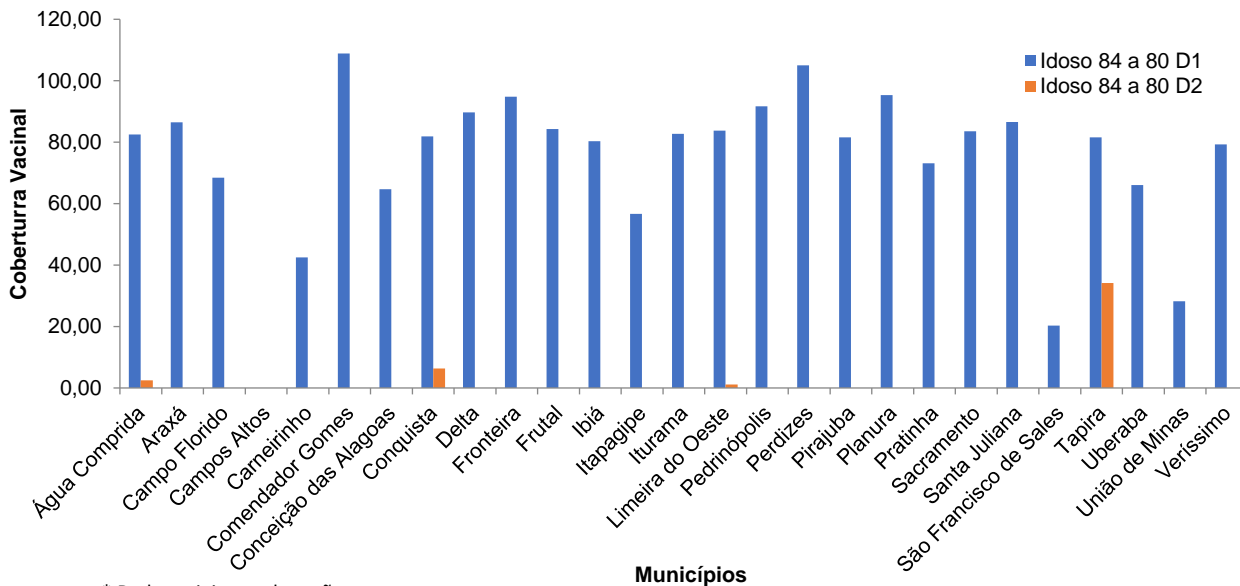
Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Número 5, semana epidemiológica 11

Data da atualização: 17/03/2021

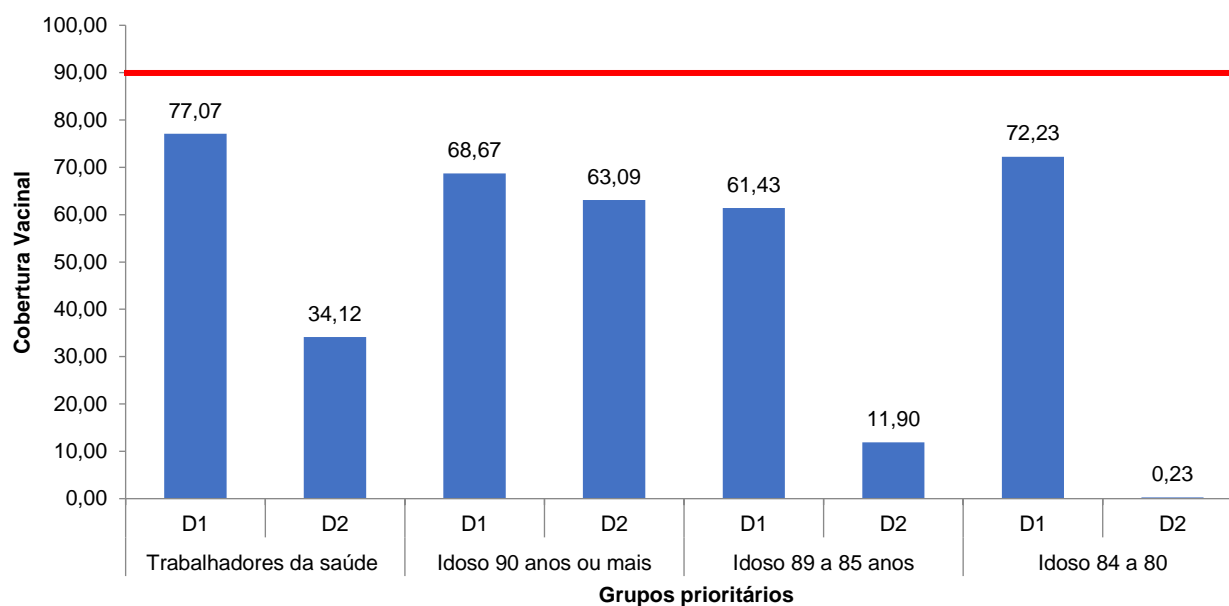
Gráfico 42 - Porcentagem de vacinados do grupo de idoso de 85 a 90 anos por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

* Dados sujeitos a alteração
 Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Gráfico 43 - Porcentagem de vacinados do grupo de idoso de 84 a 80 anos por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

* Dados sujeitos a alteração
 Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

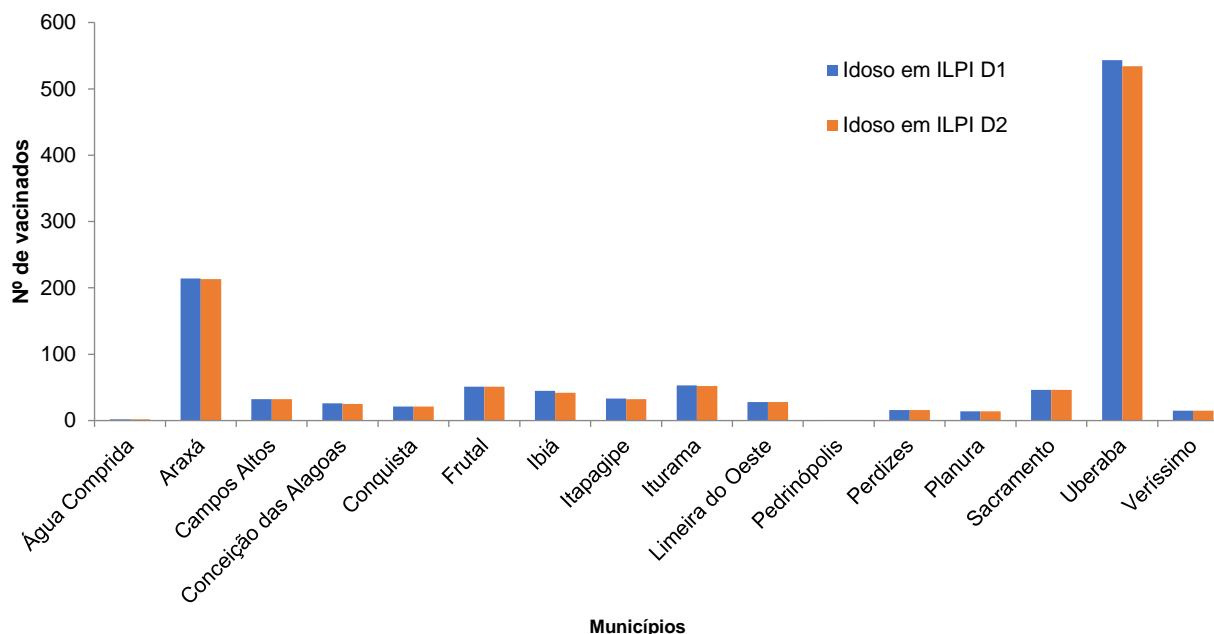
Gráfico 44 - Cobertura vacinal total, por grupo prioritário, da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Gráfico 45 - Número de vacinados do grupo de idoso institucionalizados por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

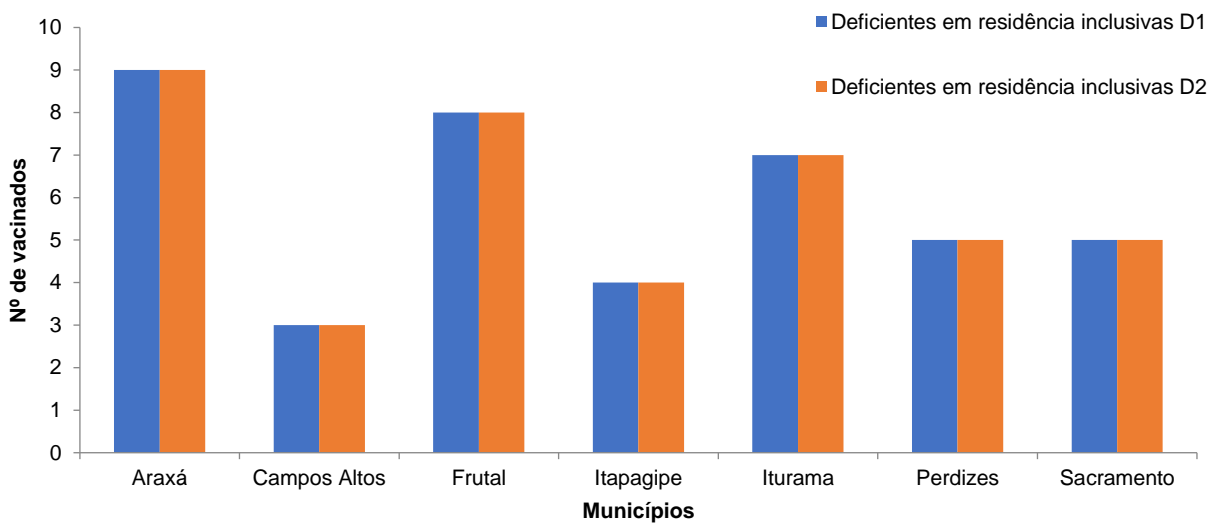


Obs.: Foram retirados do gráfico os municípios que não registraram nenhuma aplicação neste grupo.

* Dados sujeitos a alteração

Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Gráfico 46 - : Número de vacinados do grupo de deficientes institucionalizados por município da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.



Obs.: Foram retirados do gráfico os municípios que não registraram nenhuma aplicação neste grupo.

* Dados sujeitos a alteração

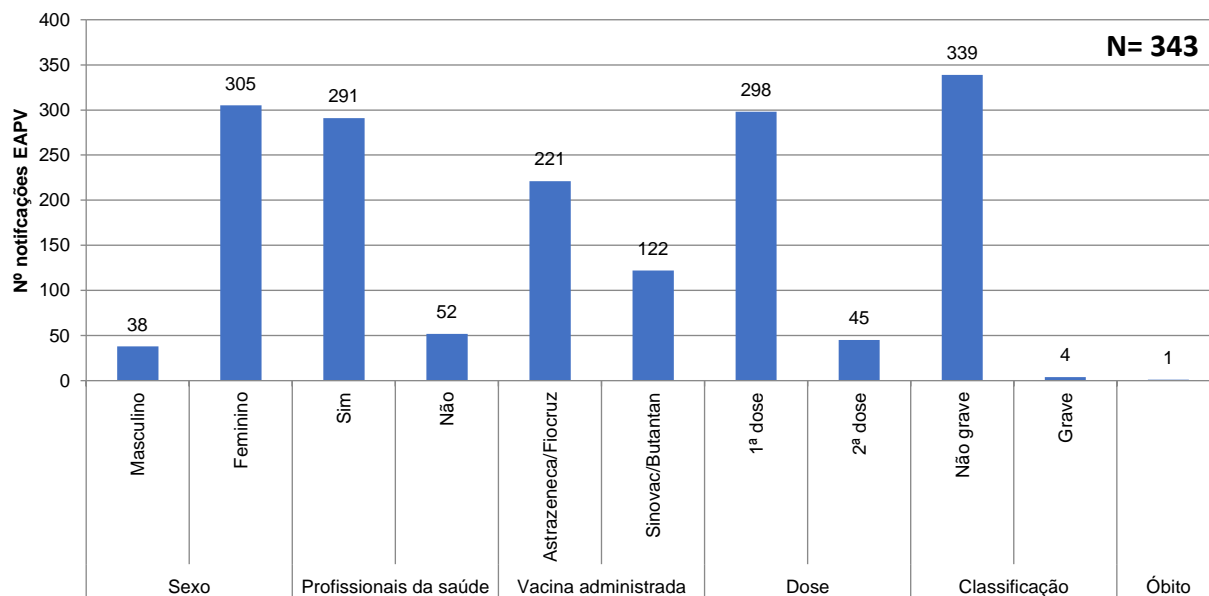
Fonte: Vacinômetro - 16/03/2021 - Informação enviada pelos municípios

Evento adverso pós-vacinação (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal.

Durante o processo de licenciamento de uma vacina, as agências reguladoras avaliam se os benefícios da vacinação superam os riscos, para avaliar e garantir que a vacina é de fato efetiva e segura. A vacinação contra a COVID-19 no Brasil foi iniciada na segunda quinzena de janeiro de 2021, com duas vacinas de laboratórios produtores distintos: AstraZeneca/Fiocruz e Sinovac/Butantan. Diante disto, é fundamental o monitoramento da efetividade e segurança dessas vacinas durante a campanha, onde a detecção e notificação oportuna dos EAPV permitirá o acolhimento dos indivíduos afetados e a contenção do agravo, além de garantir a credibilidade do programa de vacinação. Foi realizada uma análise dos registros da ocorrência de EAPV das vacinas COVID-19 da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 apresentada no gráfico 47.

Gráfico 47 - Registros de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2021.

Campanha Vacinal contra COVID-19
Registro de Eventos Adversos pós-vacinação da SRS-Uberaba



Ressalta-se que os dados apresentados devem ser considerados como preliminares e sujeitos às alterações, tendo um caráter dinâmico com constantes atualizações

* Dados sujeitos a alteração

Fonte: E-SUS NOTIFICA - 12/03/2021