



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Centro de Operações Emergenciais em Saúde - COVID-19

Nota Técnica nº 17/SES/COES MINAS COVID-19/2021

PROCESSO Nº 1320.01.0066777/2021-55

NOTA TÉCNICA nº 17/2021 – ORIENTAÇÕES PARA OTIMIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS HOSPITALARES NO CONTEXTO DA COVID-19

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Mesmo com todas as iniciativas de ampliação e estruturação dos leitos para atendimento COVID-19, vive-se um cenário de agravamento da pandemia em todo o país e iminência de esgotamento da oferta de leitos em Minas Gerais. Observa-se superlotação das portas de urgências, altas taxas de ocupação e consequente déficit de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP) e leitos clínicos, na maioria das macrorregiões do Estado.

Diante disso, a SES-MG recomenda algumas estratégias de otimização das estruturas hospitalares, que perpassam ações decorrentes da aplicação da Triagem Reversa: alta responsável, desospitalização precoce e oportuna, transferência de pacientes para hospitais/leitos de menor complexidade assistencial. Em caso de alta/transferência, adicionalmente ressalta-se a importância da realização da avaliação funcional diante dos impactos funcionais ocasionados pela COVID-19, permitindo uma abordagem holística e um encaminhamento mais qualificado e responsável para a continuidade dos cuidados aos usuários.

2. DIRETRIZES GERAIS

Nos estabelecimentos hospitalares do estado tem sido admitidos pacientes COVID-19 e/ou casos de pacientes não-COVID, a depender do papel assistencial assumido pelas instituições no “Plano de Contingência da Grade hospitalar para enfrentamento da pandemia de COVID-19” e das necessidades locais. Denominamos como paciente COVID aqueles casos suspeitos/confirmados por COVID-19. Denominados de casos não-COVID aqueles relacionados a internações por outros acometimentos/patologias.

Diante destes perfis de pacientes é fundamental apresentar orientações visando diminuir o tempo de internação dos pacientes e aumento do acesso aos leitos hospitalares, prezando sempre a segurança dos pacientes durante a alta hospitalar. Para avaliação dos casos recomendamos utilizar a Triagem Reversa.

A Triagem Reversa consiste na reavaliação diária dos pacientes hospitalizados para otimizar a alta em situação de superlotação nos serviços de urgências hospitalares. Diferente da Triagem ou da Classificação de Risco, a Triagem Reversa é um processo de priorização do atendimento aos pacientes por gravidade, baseada na avaliação do risco clínico. Deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, conforme modelo abaixo:

MODELO DE TRIAGEM REVERSA

RISCO PARA O PACIENTE	AValiação	CATEGORIA DE TRIAGEM	DECISÃO	EXEMPLOS
Mínimo	Não necessitando de nova intervenção médica nas próximas 72 horas	Azul	Considerar alta após ajuste de medicamento	Paciente com quadro infeccioso que pode receber medicação via oral; internado para realizar investigação terapêutica; aguardando avaliação especializada - que pode ser feita a nível ambulatorial
Baixo	Risco baixo de evento fatal, sem necessidade de intervenção hospitalar imediata	Verde	Considerar alta, mas manter acompanhamento (à distância) no domicílio	Paciente com quadro infeccioso que pode receber medicação venosa em ambiente domiciliar; com fratura que pode receber alta com programação cirúrgica e retornar no dia da cirurgia; com colestíase; aguardando agendamento de cateterismo
Moderado	Paciente não precisa de intervenção crítica, mas tem risco	Amarelo	Não recomendável alta do hospital, somente em situações extremas e com possibilidade de acompanhamento domiciliar	Paciente com fratura de fêmur no 3º DPO
Alto	Tratamento do paciente não pode ser interrompido, com risco de letalidade ou sequelas	Laranja	Necessita de cuidado muito qualificado. Desaconselhável alta	Paciente em trabalho de parto; cirurgias urgentes
Muito alto	Paciente crítico. Não pode ser removido de onde está	Vermelho	Paciente precisa de terapia intensiva	Pacientes instáveis

Fonte: Ministério da Saúde, Projeto Lean nas emergências. Plano de Resposta Hospitalar ao COVID-19

Caso o paciente seja categorizado como Risco Muito Alto (Vermelho) deverá permanecer em leito de UTI ou estrutura compatível, considerando a Resolução CFM nº 2.156 de 17 de novembro de 2016. No caso de pacientes que cumpriram período de isolamento (20 dias do início dos sintomas desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica) e havendo leitos de UTI não-COVID disponíveis na instituição, sugere-se transferir para leitos não-COVID, otimizando a estrutura de leitos de UTI COVID.

Em caso de pacientes de Alto risco (laranja) avaliar a disponibilidade de LSVP na própria unidade hospitalar e a conformação do quadro clínico com as indicações para esse tipo de leito, que são pacientes suspeitos e/ou confirmados de infecção pela COVID-19 e que:

- Já estejam em uso de oxigênio suplementar no cateter nasal com fluxo máximo de 6L/min, mas que mantenham satO₂ <92% (nesse caso, já está indicado o uso de máscara com reservatório);
- Pacientes com necessidade de oxigênio por máscaras com reservatório para oxigenoterapia a alto fluxo com vedação facial;
- Pacientes com arritmia cardíaca ou insuficiência cardíaca descompensada;
- Pacientes com necessidade de monitorização contínua durante as 24 horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar;
- Emergências hipertensivas;
- Descompensação diabética com cetoacidose;
- Paciente em cuidado paliativo;
- Paciente com instabilidade neurológica aguda, como coma, convulsões sem controle e em uso de anticonvulsivante venoso, disfunção neuromuscular progressiva, acidente vascular encefálico;
- Paciente após alta de UTI e que necessite cuidados com traqueostomia requerendo aspiração traqueal e toilette brônquica;
- Paciente dialítico sem instabilidade hemodinâmica.

Fonte: Nota Informativa 16 Leitos de Suporte Vent Pulmonar - SES/COES MINAS COVID-19 (com adaptações).

- Sobre a estrutura prevista para o Leito de Suporte Ventilatório, recomendamos acessar a Nota Técnica do MS com ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O LEITO DE SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR – LSVP.

Em caso de pacientes **categorizados como Risco Moderado (Amarelo)** avaliar a necessidade de permanência em LSVP, conforme parâmetros descritos acima, ou a possibilidade de encaminhamento para Leito Clínico COVID ou não COVID na própria Unidade Hospitalar após o cumprimento do período de isolamento (10 dias do início dos sintomas em caso de Síndrome Respiratória leve/moderada ou após 20 dias do início dos sintomas em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios) ou a possibilidade de encaminhamento para uma unidade hospitalar de menor complexidade assistencial, **ou** a de desospitalização precoce e oportuna com apoio de equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Os pacientes internados que possuam problemas de saúde controlados/compensados **e que necessitem ainda de monitoramento e acompanhamento contínuo (risco médio e baixo)**, deverão passar por descalonamento da assistência, tendo a continuidade do cuidado a ser realizada em hospital de menor complexidade, Serviço de Atenção Domiciliar ou Atenção Primária à Saúde.

Em caso de pacientes **categorizados como Risco Médio (Verde)** deverão ser avaliados os critérios de desospitalização precoce e oportuna com encaminhamento para o Serviço de Atenção Domiciliar ou transferência para uma unidade hospitalar de menor complexidade assistencial, observando os critérios de cumprimento do período de isolamento em casos de paciente COVID.

Em caso de pacientes **categorizados como Risco Baixo (Azul)** deverão ser avaliados os critérios de alta hospitalar e acompanhamento da Atenção Primária à Saúde.

Na tomada de decisão em relação a transferência dos pacientes para o domicílio com acompanhamento de equipe do serviço de atenção domiciliar ou equipe de saúde da família, considerar os critérios estabelecidos abaixo:

- A continuidade do cuidado será de responsabilidade da equipe de atenção domiciliar nos casos de pacientes internados que possuam problemas de saúde controlados/compensados e que necessitam de **cuidado minimamente semanal e acompanhamento contínuo**, e que apresentem:

I - afecções agudas/ sequelas da COVID ou afecções crônico-degenerativas com necessidade de cuidados intensificados que demande reabilitação;

II- necessidade de cuidados paliativos a fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;

III- qualquer das situações listadas acima e necessitar uso de equipamento ou procedimento de maior complexidade, como por exemplo, suporte ventilatório.

- Os pacientes internados que possuam problemas de saúde controlados/compensados e necessitam de **cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde**, a continuidade do cuidado será de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Para contribuir na decisão de qual ponto da Rede de Atenção à Saúde participará da continuidade do cuidado do paciente, recomenda-se que seja realizada a avaliação funcional do paciente no momento da alta/transferência por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20) conforme proposto na Nota Informativa Recomendações sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

2.1 Critérios de alta para pacientes Covid

Especificamente para os pacientes COVID-19 **são recomendados os seguintes critérios de alta hospitalar/desospitalização precoce e oportuna:**

- Estabilidade hemodinâmica.
- Boa aceitação de dieta via oral ou enteral.
- Paciente afebril há 24 horas.

Ausência de uso de oxigênio suplementar por tempo mínimo de 24 horas com saturação $\geq 92\%$ após criteriosa avaliação médica. Em situações de dependência de oxigenioterapia em baixo fluxo, considerar possibilidade de acompanhamento pela atenção domiciliar.

- Frequência respiratória ≤ 24 ipm.
- Estabilização clínica (ausência de febre e dispneia por pelo menos 48h) e melhora dos parâmetros laboratoriais.

Fonte: Adaptado de Albert Einstein- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Alta Hospitalar Segura: A importância das diretrizes assistenciais.

A decisão para continuidade do cuidado no domicílio requer cuidadosa avaliação dos parâmetros clínicos-funcionais do paciente, apresentados anteriormente. Além desses parâmetros, devem ser observados os seguintes critérios para admissão no domicílio de pacientes acometidos pela COVID:

- Capacidade e comprometimento do paciente e do cuidador para compreender e aplicar medidas de higiene e isolamento quando necessário em casa;
- Salubridade do ambiente residencial adequada para a prestação do cuidado e isolamento;
- Meio de comunicação efetivo com a equipe responsável pela desospitalização (telefone fixo ou celular).

Após a admissão pela equipe de atenção domiciliar, a duração do tratamento, quantidade de visitas presenciais e possibilidades de telemedicina vão depender de cada caso, de acordo com a sintomatologia e a evolução funcional apresentada pelo paciente.

São recomendados também critérios mínimos para alta da equipe de atenção domiciliar em pacientes portadores de COVID-19:

- Dados vitais e saturimetria de O_2 normais, sem nenhuma queixa ou sintoma adicional, sem risco de agravamento iminente que justifique permanência no Serviço de Atenção Domiciliar;

Normalização dos níveis laboratoriais que estavam ainda alterados à admissão no domicílio.

- Melhora do status funcional do paciente.

2. Da programação da alta hospitalar

De modo a possibilitar alta responsável e continuidade do cuidado sugerimos que ocorra a programação de alta hospitalar desde o momento de admissão do paciente. O quadro abaixo estabelece o “*check list*” necessário para programação da alta:

Quadro 1: Check list para a alta programada

<i>Check List – Plano de Alta</i>
1. Data provável de alta atualizada diariamente.
2. Objetivos e metas do plano terapêutico de cuidado.

<i>Check List – Plano de Alta</i>
3. Planejamento das necessidades pós-alta descrito e acessível.
4. Educação e treinamento de paciente e/ou família registrados
5. Alinhamento do plano terapêutico de cuidado com equipe que receberá o caso.
6. Preparação da transição de forma a evitar descontinuidade nos cuidados e tratamentos prescritos.

Fonte: Adaptado de Albert Einstein- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Alta Hospitalar Segura: A importância das diretrizes assistenciais.

No item 4, e de modo a realizar alta responsável nos casos COVID-19, destacamos a necessidade das equipes se atentarem para fornecer aos pacientes/ acompanhantes **minimamente**:

- Orientações quanto ao uso de medicamentos;
- Orientar sobre sinais de agravamento;
- Orientar sobre cuidados necessários em domicílio como auxílio nas atividades de higiene, alimentação, locomoção, entre outras, quando o usuário apresentar declínio funcional.
- Orientar sobre a permanência de isolamento social por 24 , juntamente com as pessoas que residem no mesmo endereço.

Além disso, nos itens 5 e 6 do check list é fundamental fornecimento de Sumário de Alta aos pacientes (sugestão de modelo no Anexo I) e estabelecimento de um fluxo de Contra Referência para a Atenção Primária à Saúde, visando propiciar a continuidade do cuidado. A unidade de saúde que dará alta deverá registrar as principais informações clínicas e funcionais em Guia de Contra Referência, conforme sugestão de modelo no Anexo II. Sugere-se uma rotina diária de verificação das guias pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, por exemplo, em um endereço eletrônico adotado para este fim.

Considerações finais

No contexto de gestão de leitos, incluindo transferência, desospitalização e alta dos pacientes existem outras ferramentas e estratégias apontadas pela literatura, já incorporadas em alguns serviços e de grande importância. Citamos os Núcleos Internos de Regulação (NIR), Equipes de Gestão de Altas (EGA) e Alta Programada.

O NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição. Recomenda-se que o NIR funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

A equipe de gestão de altas (EGA) é uma estrutura multidisciplinar dedicada à preparação e gestão das altas hospitalares de pacientes que requeiram seguimento de saúde. Articula-se a nível interno com os serviços de

internação e a nível externo, com as equipes da rede de cuidados da atenção primária, atenção domiciliar ou de hospitais de pequeno porte. A EGA é constituída por um médico, um enfermeiro e ainda por um assistente social, todos nomeados pelo conselho de administração do hospital.

Ademais, recomenda-se que a alta hospitalar seja programada desde a admissão do paciente como dispositivo para articulação dos processos de trabalho das equipes, gestores e redes de atenção à saúde, em um processo de planejamento do tempo estimado de permanência do usuário na instituição, visando a otimização da estrutura hospitalar somada à segurança dos pacientes.

ANEXO I – MODELO DE SUMÁRIO DE ALTA- via do paciente

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Data de internação: _____ Data da Alta: _____

Tratamento instituído

Corticoide Ceftriaxona Azitromicina

Anticoagulante profilático Outros:

Diagnóstico laboratorial de COVID-19:

RT PCR 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Teste rápido antigênico 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Teste sorológico (IgM / IgG) 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Resultados da avaliação funcional:

Orientações após a alta:

Encaminhamento após a alta:

O encaminhamento do usuário com necessidade de continuidade dos cuidados deve ser realizado indicando o tipo de assistência adequada. No momento da alta, orientar o usuário e/ou familiar responsável sobre qual ponto da rede o usuário deverá ser referenciado bem como, o fluxo de acesso a esse ponto.

Declaro que recebi em XX/XX/XXXX no momento da alta hospitalar, as orientações sobre cuidados e encaminhamentos, quando necessário, e tive oportunidade de fazer perguntas, sendo respondidas com clareza.

Nome do paciente/responsável

Assinatura do paciente/responsável

ANEXO II – MODELO DE GUIA DE CONTRA REFERÊNCIA – via da APS

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____ Data de internação: _____
Data da Alta: _____

Data do início dos sintomas: _____

Data do fim do isolamento domiciliar: _____

Tratamento instituído

Corticoide Ceftriaxona Azitromicina

Anticoagulante profilático Outros:

Diagnóstico laboratorial de COVID-19

RT PCR 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Teste rápido antigênico 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Teste sorológico (IgM / IgG) 1- positivo 2- negativo 3- não realizado 9- ignorado

Condições Clínicas no momento da alta:

Condições funcionais no momento da alta:

Orientações repassadas ao paciente/familiares:

Encaminhamento para a reabilitação:

Plano terapêutico:

Assinatura (registro profissional):

Monique Fernanda Félix Ferreira
Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência

Camila Cátia Vilela Viana
Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência

Amanda Guias Santos Silva
Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

REFERÊNCIAS

ALBERT EINSTEIN - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Alta Hospitalar Segura: A importância das diretrizes assistenciais**. Disponível em: <http://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2017/11/A-importancia-das-diretrizes-assistenciais-para-a-alta-hospitalar_Dr.-Mauro-Dirlando.pdf>.

ALBERT EINSTEIN - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **MANEJO CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Nov, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Teleorientação, Telemedicina, Teleinterconsulta**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS. Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços De Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor Em Casa na pandemia do Corona Vírus- COVID-19**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/12/doc-nota-tecnica-covid19---1-AD.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília. 2017. Disponível: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19**. 2ª ed. 14 de mai. 2020. <https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_mai/21-05_Plano-de-Contingencia-ao-Coronavirus_19-05.pdf>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Nota Técnica COES Minas COVID-19 N° 34/2020-05-05-2020. **Recomendações para a organização dos novos leitos nos hospitais para atendimento a pacientes com infecção por COVID-19 e demais doenças.** Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_maio/05-05-Nota-Tecnica-COES-N34.pdf>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Nota Informativa Ação Estratégica Cuida de Minas. 11/11/2020. **Recomendações sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.** Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/12-11_NOTA_INFORMATIVA_Reabilitacao-COVID-19.pdf> .

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº2.156, de 17 de novembro de 2016. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Nota Atualização Técnica versão 8 de Protocolo- SES/ COES Minas COVID-19-12-04-2021. Disponível em: < https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/04-abril/Atualiza%C3%A7%C3%A3o_Protocolo_Vers%C3%A3o_8.pdf >

ELABORADO POR:

Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência

Diretoria de Ações Temáticas e Estratégicas

Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência



Documento assinado eletronicamente por **Monique Fernanda Felix Ferreira, Diretor(a)**, em 29/06/2021, às 16:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Guias Santos Silva, Superintendente**, em 29/06/2021, às 22:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Catia Vilela, Diretor(a)**, em 06/07/2021, às 20:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **31302101**

e o código CRC **19096735**.

Referência: Processo nº 1320.01.0066777/2021-55

SEI nº 31302101