

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE –
SES
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE
PÚBLICA**

**Plano de Mobilização de Leitos COVID-19 do Distrito
Federal**

Brasília-DF, Setembro de 2021

SUMÁRIO

1. Introdução e Justificativa	-----
2. Conceitos	-----
2.1. Tipos de mobilização das unidades	-----
2.1.1. Remobilização de leitos	-----
2.1.2. Desmobilização de leitos	-----
2.2. Formas de mobilização das unidades	-----
2.2.1. Conversão de leitos	-----
2.2.2. Reversão de leitos	-----
2.2.3. Contratação e Devolução de leitos	-----
2.3. Indicadores e Parâmetros de acompanhamento	-----
2.3.1. Média móvel de óbitos nos últimos 7 dias	-----
2.3.2. Taxa de transmissão (Índice Rt)	-----
2.3.3. Taxa de ocupação de leitos	-----
2.3.4. Matriz de Risco	-----
3. Leitos com Suporte de Ventilação Mecânica, tipo UTI COVID	-----
3.1. Critérios de priorização no DF	-----
3.1.1. Suportes de UTI oferecidos	-----
3.1.2. Performance da assistência dos leitos de UTI	-----
3.1.3. Repasse ministerial para disponibilização de leitos COVID	-----
3.1.4. Contratação de leitos na rede privada complementar ao SUS	-----
3.2. Fases de mobilização	-----
4. Leitos com Suporte de Ventilação Mecânica, tipo UCI COVID e LSVP	-----
4.1. Fases de mobilização	-----
5. Leitos de Enfermaria COVID	-----
5.1. Critérios de priorização no DF	-----
5.2. Fases de mobilização	-----
6. Perfil de Atendimento das Unidades Hospitalares da Rede SES/DF durante o cenário da COVID-19	-----

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 31 de dezembro de 2019, a China comunicou à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a ocorrência de um surto de doença respiratória aguda grave, na província de Hubei, com maior concentração de casos de infecção por um novo coronavírus na capital Wuhan. Nas semanas seguintes, foram detectados casos em outras províncias da China, que concentrava aproximadamente 99% dos casos ocorridos em todo o mundo (até 12 de fevereiro de 2020). Outros países também foram afetados, com predominância da ocorrência de casos importados da China, embora já houvesse registro de transmissão autóctone em alguns países. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de Doença Respiratória Aguda pelo 2019-nCoV como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Em 28 de fevereiro de 2020, por meio do Decreto Nº 40.475, foi declarada situação de emergência no âmbito do Distrito Federal (DF). O primeiro caso de Doença pelo novo Coronavírus 2019 (COVID-19) no DF foi confirmado em 5 de março de 2020. Em 11 de março de 2020, a contaminação pelo SARS-CoV-2 passou a ser classificada pela OMS como pandemia. Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde declarou o estado de transmissão comunitária da doença em todo o território nacional.

O agente etiológico é o SARS-CoV-2, um novo Coronavírus associado à Síndrome Respiratória Aguda Grave (nome anterior 2019-nCoV), identificado inicialmente na cidade de Wuhan-China, que pode ser transmitido, principalmente, de pessoa para pessoa por meio de gotículas do nariz ou da boca que se espalham quando uma pessoa com COVID-19 tosse, espirro ou fala.

Até o dia 21/07/2021, conforme Boletim Epidemiológico da Subsecretaria de Vigilância Sanitária, haviam sido notificados no Distrito Federal 443.280 casos confirmados de COVID-19 (577 casos novos em relação ao dia anterior). Do total de casos notificados, 427.688 (96,5%) já se encontravam recuperados e 9.509 (2,1 %) evoluíram para óbito. Do total de óbitos, 819 são residentes de outros estados. Do total de casos confirmados, os maiores números absolutos estão nas faixas etária de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Considerando-se apenas os residentes do Distrito Federal, as maiores incidências dos casos confirmados estão nos grupos de 40 a 49 anos e 30 a 39 anos respectivamente. A letalidade do Distrito Federal é de 2,2% enquanto a taxa de

mortalidade é de 284,7 por 100 mil habitantes. A maior letalidade por faixa etária está no grupo de 80 ou mais, bem como a maior taxa de mortalidade.

A média de casos por data do início dos sintomas apresentou uma tendência de crescimento acentuado desde o início da pandemia até primeira quinzena de junho de 2020, com oscilação decrescente na segunda quinzena. Em julho observou-se a retomada do crescimento de casos e um padrão de oscilação que se manteve entre a segunda quinzena de julho e a primeira de agosto. A tendência de queda se mantém até meados de outubro, onde se observou oscilação pontual, voltando à tendência de queda até a primeira quinzena de novembro. Em meados de novembro observou-se um novo crescimento acentuado na média de casos, que durou até o fim do ano de 2020. A tendência de queda observada nas primeiras semanas do ano de 2021 foi logo substituída por um crescimento que se manteve até a primeira semana de março, apresentando padrão de oscilação até a data atual.

A série histórica do uso e da disponibilidade de leitos com suporte de ventilação mecânica, bem como da fila por leitos voltados ao atendimento de pacientes portadores de COVID-19, está disponível em <https://info.saude.df.gov.br/serie-historica-de-leitos/>. No ano de 2021 o pico de pacientes aguardando por leito com suporte de ventilação mecânica se deu no mês de março, alcançando 463 pacientes, no mês de abril houve a maior oferta de leitos públicos de terapia intensiva (UTI) para atendimento à COVID-19, chegando a um total de 482 leitos. A partir do mês de maio a Rede recebeu um total de 300 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP).

O primeiro Plano de Desmobilização de Leitos COVID-19 foi apresentado no dia 05 de outubro de 2020 em concordância com os dados epidemiológicos e assistenciais que eram de redução dos casos confirmados e das consequentes internações. Esse Plano não concluiu todas as suas fases finais de ativação da desmobilização em função do recrudescimento do número de casos confirmados do final do mês de novembro ao início de dezembro. Em dezembro de 2020 foi elaborado um segundo Plano, com intuito de sistematizar as ações a serem desenvolvidas pela SES/DF na mobilização, em caráter de remobilização ou desmobilização, dos leitos destinados ao atendimento aos pacientes internados pela enfermidade COVID-19 com uma dinâmica mais ágil e flexível, buscando se ajustar ao cenário epidemiológico para a qual a expectativa era de que pudesse intercalar períodos de ampliação ou de redução da disseminação da doença e do adoecimento da população do DF.

O atual plano tem o objetivo de atuar com o mesmo propósito daquele que o antecedeu, buscando apresentar um panorama de leitos com possibilidade de desmobilização e remobilização, visto que vem ocorrendo uma tendência à queda nos adoecimentos notificados e na pressão por leitos, mas que, a partir da entrada de novas variantes, especialmente da variante delta já identificada no DF por sequenciamento genômico, há a possibilidade de recrudescimento de casos, como foi pico observado nos meses de março, abril e maio do presente ano.

No dia 20 de julho de 2021, o Cievs recebeu a informação preliminar sobre a identificação de 5 pacientes detectados com a variante delta para SARS-Cov-2. No dia 21, recebeu o relatório de Vigilância com a confirmação de 6 pacientes contaminados com a variante. A investigação epidemiológica foi iniciada imediatamente, após esta data outros casos já foram identificados.

As ações propostas pelo presente plano deverão ser acompanhadas com periodicidade para que possam ser contemporizadas de acordo com as necessidades vistas na evolução da situação epidemiológica a fim de garantir que o nível de resposta seja adequado e as medidas correspondentes sejam adotadas. O acompanhamento e deliberação será feito semanalmente pelo o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COECOV-19-DF, publicado no DODF N° 115, de 14 de junho de 2021, através da Portaria N° 568, de 14 de junho de 2021, para o enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus 19 (COVID-19), no âmbito da SES DF.

Paralelamente, também está instituída, por meio da Portaria N° 947, de 14 de dezembro de 2020, publicada no DODF número 235, de 15 de dezembro de 2020, a Comissão de Remobilização e Desmobilização de leitos COVID-19, de caráter temporário, a qual será ativada pelo COE, a depender do cenário epidemiológico enfrentado e das necessidades de mobilização de leitos na Rede.

2. CONCEITOS

É de suma importância conhecer e entender quais são as terminologias adotadas nos tipos de mobilização de leitos COVID-19, nas características da mobilização e no seu impacto na oferta de leitos em toda a rede SES/DF, como também os norteadores utilizados por este plano, para o acionamento das fases

de mobilização.

2.1. Tipos de Mobilização das Unidades

A mobilização de leitos COVID se dará por dois tipos:

2.1.1. Remobilização de Leitos

Ampliação do número de leitos para atendimento aos pacientes portadores de COVID-19.

2.1.2. Desmobilização de Leitos

Redução do número de leitos para atendimento aos pacientes portadores de COVID-19.

2.2. Formas de Mobilização das Unidades

A mobilização de leitos pode acontecer por três situações distintas:

2.2.1. Conversão de Leitos

Ocorre quando os leitos destinados ao atendimento de pacientes portadores de enfermidades não COVID-19 (leitos gerais) são destinados às internações de pacientes portadores de COVID-19.

2.2.2. Reversão de Leitos

Situação inversa à da Conversão de Leitos.

Ocorre quando os leitos utilizados para o atendimento de pacientes portadores de COVID-19 são destinados às internações de pacientes portadores de outros agravos.

2.2.3. Contratação e Devolução de Leitos

Ocorre quando o leito não é parte integrante da rede SES/DF e sim leito contratado exclusivamente ao atendimento de pacientes portadores de COVID-19.

2.3. Indicadores e Parâmetros de acompanhamento

As fases de mobilização das unidades devem se basear em dados e análises que possam projetar a disseminação da COVID-19, como também das consequentes internações e óbitos.

2.3.1. Média Móvel de Óbitos nos últimos 7 dias

Cálculo de média simples de óbitos no período de 7 dias, visando facilitar a visualização da tendência, a cada novo dia o cálculo é refeito somando-se o valor do dia aos dos 6 dias anteriores e dividindo-se o somatório por 7.

2.3.2. Taxa de Transmissão (Índice Rt)

Parâmetro que mede a transmissibilidade do agente infeccioso diz o número de indivíduos que serão contaminados a partir de um indivíduo infectado que servirá como fonte do agente infeccioso.

A reprodução da epidemia pode ser medida a partir do valor encontrado para Rt. Se o Rt for menor que 1, a epidemia tende a acabar, para Rt maior que 1, a epidemia avança.

2.3.3. Taxa de Ocupação de Leitos

Taxa calculada pelo número de leitos ocupados por pacientes portadores de COVID-19, esse como numerador, e número total de leitos disponibilizados para os pacientes portadores de COVID-19, como denominador.

2.3.4. Matriz de Risco

A Matriz de Risco é um instrumento composto por seis indicadores estratégicos que avalia as ameaças e vulnerabilidades do sistema de saúde no

âmbito local, relacionado a dois eixos, capacidade de atendimento e cenário epidemiológico. Este instrumento foi uma adaptação do modelo proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, sendo o mesmo aprovado e validado pelo COECOVID-19-DF.

É um instrumento de avaliação de risco que pode subsidiar a recomendação e adoção de respostas à COVID-19, em tempo oportuno, através de ações sistematizadas, no intuito de reduzir a velocidade de propagação da doença, bem como evitar o esgotamento dos serviços de saúde.

Quadro 01: Descrição dos eixos estratégicos, indicadores, método de cálculo, pontos de cortes e pontuação correspondente para construção da Matriz de Risco para COVID-19

MATRIZ DE RISCO PARA COVID-19										
EIXO	INDICADOR	CÁLCULO	PONTOS DE CORTE / PONTOS							
			Risco Muito Baixo		Baixo Risco		Risco Moderado		Risco Alto	
			de	até	de	até	de	até	de	até
Capacidade de Atendimento	Taxa de ocupação de Leitos UTI COVID-19	N° Leitos ocupados / N° leitos disponíveis*100	<60%	60% < 70%	70%	< 80%	80%	< 90%	> 90%	
			0	3	6		9	12		
	Taxa de ocupação de Leitos Clínicos COVID-19	N° Leitos ocupados / N° leitos disponíveis*100	<40%	40% < 50%	50%	< 70%	70%	< 85%	> 85%	
			0	2	4		6	8		
Capacidade de Atendimento	Previsão de Esgotamento de Leitos UTI	$N = \log(L/D; C)^2$	57 dias ou +	36 a 56 dias	22 a 35 dias		7 a 21 dias	até 6 dias		
			0	1	2		3	4		
Epidemiológico	Variação do N° de Óbitos por COVID-19 na última Semana Epidemiológica (SE) ⁴ Finalizada - Número de óbitos por COVID-19 na antepenúltima SE / Número de óbitos por COVID-19 na antepenúltima SE	Reduziu mais de 20%	Reduziu de 5% até 20%	Redução inferior a 5%	Aumento inferior a 5%	Aumento de 5% até 20%	Aumento maior que 20%			
								0	1	2
	Variação do N° de casos por COVID-19 nos últimos 14 dias	Número de casos por COVID-19 na última SE ⁵ Finalizada - Número de casos por COVID-19 na antepenúltima SE / Número de casos por COVID-19 na antepenúltima SE	Reduziu mais de 20%	Reduziu de 5% até 20%	Redução inferior a 5%	Aumento inferior a 5%	Aumento de 5% até 20%	Aumento maior que 20%		
									0	1
	Atividade	Casos ativos hoje/casos ativos há 7 dias * Rt	< 1,0	até 1	1,0 a 1,5		1,5 a 2,0	> 2,0		
					0	1	2		3	4

¹Leitos Clínicos = Enfermarias+ UCI

²N = Número de dias até esgotamento; L = Número de leitos UTI existentes, conforme plano de mobilização; D = Ocupação no dia avaliado

C = Média da taxa de crescimento da ocupação dos leitos nos últimos 7 dias igual a média(C1; C2; C3; C4; C5; C6; C7).

onde: C1. Taxa de crescimento 1 = A2/A1; C2. Taxa de crescimento 2 = A3/A2; C3. Taxa de crescimento 3 = A4/A3; C4. Taxa de crescimento 4 = A5/A4; C5. Taxa de crescimento 5 = A6/A5; C6. Taxa de crescimento 6 = A7/A6; C7. Taxa de crescimento 7 = A8/A7.

A1. Número de leitos de UTI ocupados no dia 1; A2. Número de leitos de UTI ocupados no dia 2; A3. Número de leitos de UTI ocupados no dia 3; A4. Número de leitos de UTI ocupados no dia 4; A5. Número de leitos de UTI ocupados no dia 5; A6. Número de leitos de UTI ocupados no dia 6; A7. Número de leitos de UTI ocupados no dia 7; A8. Número de leitos de UTI ocupados do dia da avaliação.

³Caso ocorra demora na notificação dos óbitos será avaliada a Variação do N° de Óbitos por COVID-19 nos últimos 21 dias

⁴Dados avaliados com base na data de ocorrência do óbito

⁵Dados avaliados com base na data do início dos sintomas

A partir do cálculo dos indicadores e o somatório dos pontos obtidos na avaliação de risco, pode ser estabelecida a classificação em até cinco níveis de risco, conforme Quadro 02.

Quadro 02. Classificação da avaliação de riscos, de acordo com a pontuação obtida.

Pontos	Risco	Sinalização
0	Muito Baixo	Verde
1 a 9	Baixo	Amarelo
10 a 18	Moderado	Laranja
19 a 30	Alto	Vermelho
31 a 40	Muito Alto	Roxo

Também serão utilizados e servirão como apoio nas decisões a serem tomadas pelo COECOVID-19-DF para acionamento do presente plano, as ferramentas de Projeção epidemiológica e de necessidade de leitos desenvolvidas pela SUPLANS.

O foco das análises será baseado nos indicadores e parâmetros acima delineados, com avaliação em paralelo de parâmetros qualitativos do cenário epidemiológico, nos quais irão refletir diretamente fatores como taxas de vacinação e detecção de variantes do SARS-CoV-2 (VOC). Dados atualizados para acompanhamento e tomada de decisão podem ser obtidos junto ao Resumo Executivo, diariamente atualizado pela sala de situação (disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/resumo-executivo/>).

3. LEITOS COM SUPORTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA - TIPO UTI COVID-19

Os leitos de UTI COVID-19 são aqueles com Suporte de Ventilação Mecânica, seguindo requisitos de Resoluções de Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC Nº 07, de 24 de fevereiro de 2010) e de Portarias do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS Nº 895, de 31 de março de 2017 e Portaria GM/MS de Consolidação Nº 03, de 28 de setembro de 2017), e que tem a gestão do seu uso, na forma de direcionamento de pacientes, em panorama central (panorama 3), pela Central de Regulação de Internação Hospitalar do CRDF.

Todo o processo será acompanhado por informes ao Ministério da

Saúde a fim de providenciar as habilitações e os ajustes de repasses e incentivos do Ministério da Saúde para esses leitos de UTI COVID-19 disponibilizados.

Composição desses leitos efetivamente ativos, excluindo os bloqueados (cenário em 11 de agosto de 2021):

- **Hospital de Base** – 30 leitos da UTI adulto COVID-19;
- **Hospital da Criança de Brasília José Alencar** – 10 leitos de UTI pediátrica COVID-19;
- **Hospital Regional de Santa Maria** – 40 leitos de UTI adulto COVID-19;
- **Hospital Regional da Asa Norte** – 28 leitos, sendo 20 leitos de UTI adulto COVID-19 e 08 leitos de UTI Neonatal;
- **Hospital Regional de Samambaia** – 10 leitos de UTI adulto COVID-19;
- **Hospital Universitário de Brasília** – 02 leitos de UTI adulto COVID-19;
- **Hospital São Francisco** – 02 leitos de UTI adulto COVID-19;
- **Hospital HOME** – 04 leitos da UTI adulto COVID-19;
- **Hospital São Mateus** – 16 leitos da UTI adulto COVID-19;
- **Hospital Daher** – 01 leito de UTI adulto COVID-19;
- **Total de leitos de UTI COVID-19:** 143 leitos, sendo 125 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI pediátrica e 08 leitos de UTI neonatal

Este cenário de leitos é variável ao longo do tempo, conforme flutuações dos números de caso e pressão por leitos, podendo ser acompanhado pela Sala de Situação da SES/DF (disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/covid-leitos-publicos-covid-19/>).

3.1. Critérios de priorização no Distrito Federal

A análise das priorizações para a mobilização deve levar em consideração as características da oferta dos leitos de UTI, como também as consequências assistencial e financeira.

Não existirão leitos de UTI em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) visto que, por experiência anterior, a existência desses impactou a abertura das Portas da Rede de Urgências e Emergências para atendimento à população, além da não possibilidade de obter credenciamento e habilitação com repasse desses leitos frente ao Ministério da Saúde.

3.1.1. Suportes de UTI oferecidos

A mobilização de leitos de UTI de algumas unidades deverá ser acompanhada pela avaliação do impacto na assistência aos pacientes COVID-19 e não COVID-19, buscando uma melhor prestação de assistência a todos os usuários do SUS.

3.1.2. Performance da Assistência dos Leitos de UTI

A mobilização de leitos de UTI em unidades contratadas deve ter sua análise baseada nos indicadores de performance assistencial da rede privada contratada.

3.1.3. Repasse Ministerial para Disponibilização de Leitos COVID-19

A mobilização de leitos de UTI será sempre acompanhada por informes ao Ministério da Saúde a fim de providenciar os ajustes de repasses e incentivos do Ministério da Saúde que são maiores para os leitos de UTI COVID-19 disponibilizados, se estiverem habilitados.

3.1.4. Contratação de Leitos na Rede Privada Complementar ao SUS

Os leitos contratados na rede privada devem sempre ser vistos como complementares aos já existentes na rede própria, visto que estes tem prioridade no seu uso. Os leitos devem ter sua vigência contratual sempre analisada, principalmente nos que foram contratados especificamente para a COVID-19, para que não haja mudança de destinação no seu uso, em especial aqueles contratados com recursos destinados ao enfrentamento da pandemia.

3.2. Fases de Mobilização

Os leitos de UTI COVID-19 pediátricos terão também, se houver necessidade, sua ampliação de modo distinto, como decidido pela área técnica assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Atualmente estão contratados 10 leitos junto ao Hospital da Criança de Brasília (HCB), que tem apresentado demanda, mas mantido taxa de ocupação não superior a 70% a

maior parte do tempo. O atendimento à população pediátrica conta ainda com a possibilidade de utilização de 4 leitos de UTI pediátrica nos leitos de isolamentos da rede própria (2 no Hospital Materno-Infantil de Brasília, 2 no Hospital de Base) para pacientes com casos confirmados ou suspeitos por COVID-19. A manutenção dos leitos do HCB será continuamente acompanhada para análise de necessidade. Há adicionalmente 1 leito de UTI pediátrica bloqueado no HRT, cuja UTI se encontra transitoriamente com mudança de perfil para leitos de UTI adulto geral, podendo ser reativado conforme necessidade, mediante reabertura da Unidade.

Recomenda-se que as fases da mobilização, quer seja por desmobilização ou remobilização, ocorram de forma gradual, obedecendo o intervalo mínimo de 14 dias para permitir melhor observação do comportamento de disseminação da doença, bem como da acomodação da Rede após cada ação.

A conversão e reversão de leitos de UTI necessitam de um intervalo de dias para sua execução completa, tal como foram bem evidenciados na experiência anterior da própria rede SES/DF:

5 a 7 dias para 10 leitos de UTI (Hospital Regional da Ceilândia e Hospital Regional de Samambaia);

7 a 10 dias para 20 leitos de UTI (Hospital de Base, Hospital Regional da Asa Norte e Hospital Regional do Gama);

14 dias para 40 leitos de UTI (Hospital Regional de Santa Maria).

Esses quantitativo de dias sofrem acréscimo de 01 dia de higienização terminal quando da reversão, mudança de leito COVID-19 para não-COVID-19. São estimativas para auxiliar a nortear a tomada de decisão, podendo variar conforme a situação da Unidade no momento da escolha pela mobilização (a exemplo da ocupação e direcionamentos já previstos – admissões e altas), bem como de fatores externos (como o transporte).

As fases de mobilização serão norteadas, entre outros fatores, pela Matriz de risco. A faixa laranja (10 a 18 pontos), servirá como um indicativo para início de tomada de decisão ou manutenção de quantitativo de leitos vigente. Assim, se houver indício que há uma tendência de evolução para piora do cenário, com progressão para as cores vermelha e roxa, será deliberado pelo COECOV-19-DF a necessidade de remobilização (já indicando início de atuação do complexo regulador, tendo em vista o tempo em dias que é

necessário para conversão dos leitos), ao contrário, se houver indício de evolução com melhora, para fases amarela e verde, será avaliada a desmobilização de leitos, visando atender outros agravos.

Também poderão ser considerados, além da matriz de risco e demais parâmetros que são avaliados em conjunto, os indicadores em separado, conforme critérios a seguir.

Para remobilização:

- Média Móvel de Óbitos nos últimos 7 dias, observada, pelo menos, subida em dois períodos consecutivos de 7 dias;
- Taxa de Transmissão, observada, pelo menos, valor maior que 1,00 para dois períodos consecutivos de 7 dias;
- Taxa de Ocupação de Leitos mantida acima de 80%, por, pelo menos, 1 período de 7 dias da última remobilização e que fique menor que 70% após concluída a fase de remobilização. Se essa taxa chegar à 90%, mesmo não ocorrendo período de 7 dias da última remobilização, deverá ocorrer nova remobilização de urgência e que essa taxa fique menor que 70% após concluída a fase de remobilização. Este indicador, na análise em separado, é considerado o mais importante e se sobrepõe aos dois primeiros.

Para a Desmobilização:

- Média Móvel de Óbitos nos últimos 7 dias, observada, pelo menos, queda em dois períodos consecutivos de 7 dias;
- Taxa de Transmissão, observada, pelo menos, valor menor que 1,00 para dois períodos consecutivos de 7 dias;
- Taxa de Ocupação de Leitos mantida abaixo de 70%, por, pelo menos, 1 período de 7 dias da última desmobilização, mas que não fique maior que 80% após concluída a fase de desmobilização.

As fases de mobilização, quer seja com remobilização ou desmobilização, são sugestões que serão acompanhadas e deliberadas periodicamente pelo COECOV-19-DF e, quando julgado pertinente, também com a reativação da Comissão de Remobilização e Desmobilização de leitos

COVID-19.

- Fase de Mobilização 1
40 leitos de UTI do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).
- Fase de Mobilização 2
20 leitos de UTI do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).
- Fase de Mobilização 3
20 leitos do Hospital de Base do IGESDF (HB-IGESDF).
- Fase de Mobilização 4
27 leitos de UTI do Hospital Regional de Samambaia (HRSAM).
- Fase de Mobilização 5
10 leitos de UTI do Hospital Regional de Ceilândia (HRC).
- Fase de Mobilização 6
20 leitos de UTI do Hospital Regional do Gama (HRG).
- Fase de Mobilização 7
Negociações para novas contratações ou conversões e reversões nas UTI's credenciadas.

Após estas fases, poderão ser consideradas também as UTI's do HRS, HRT e HRL, nesta ordem e somente em caso de extrema necessidade, tendo em vista o perfil de retaguarda que estas unidades oferecem às cirurgias de complexidade (ortopédicas e oncológicas, em especial).

Cada fase de mobilização acima é contínua à anterior (no sentido de 1 a 7 para remobilização e de 7 a 1 para desmobilização, conforme o perfil do leito no momento da tomada de decisão – COVID ou não-COVID).

As fases de mobilização podem sofrer alteração da ordem acima delineada, conforme deliberações do COE, servindo como apoio técnico para a tomada de decisão, mas não se limitando a ela, conforme mudanças nos perfis

de apresentação epidemiológica da pandemia e evolução de casos. Fatores como quantitativo de leitos (que influi na dificuldade em dias para conversão), retaguarda de todo o hospital para a COVID-19 (perfil hospitalar voltado à COVID-19), taxa de ocupação da unidade e suporte de hemodiálise devem ser utilizados como critérios para decisão técnica da ordem de escolha de mobilização entre os leitos, se a ordem acima delineada não for a mais conveniente no momento epidemiológico da tomada de decisão.

Os leitos do HRSAM por estarem separados em 03 espaços físicos (10 + 10 + 7) permitem mobilizações em momentos distintos, com mobilização de outras unidades de permeio.

As mobilizações seguintes são processos de contratação, credenciamento e desbloqueio de leitos e não entram dentro das fases supracitadas no primeiro momento, servindo como referência para o quantitativo de leitos que podem ser disponibilizados à assistência COVID-19 em possíveis picos de pressão por leitos:

Nome do Hospital	Capacidade Instalada – COVID-19	Leitos COVID operacionais (do total instalado em 11/08)	Observação
Hospital de Base IGESDF	10	0	10 leitos Bloqueados (totalizando 40 leitos no hospital) – bloqueados por déficit de RH
Hospital da PM	100	0	37 leitos necessitam adequação para funcionarem como UTI (possui estrutura de LSVP) – processo de contratação em andamento
HCB	10	0	Atuou no pico da pandemia, tendo sido desmobilizado por ser fora do perfil

			assistencial pediátrico do Hospital
DAHER	10	9	Chegou a ofertar 28 leitos no pico da pandemia, atualmente com 10 leitos e constantemente com bloqueios
São Francisco	7	2	Há 05 bloqueios
HOME	10	4	Há 06 bloqueios
São Mateus	20	20	Há processo em andamento no qual há interesse em conversão para 20 leitos gerais, com nova contratação
Total	167	35	Há capacidade para 132 leitos adicionais para atendimento à COVID-19

Ao longo da transição entre o plano anteriormente vigente e elaboração e validação do presente plano, mobilizações foram ocorrendo, guiadas pelas diretrizes aqui delineadas. Desta forma, em 2021, no pico da pandemia, as remobilizações alcançaram a fase 7 e em setembro, com as desmobilizações, que ocorreram principalmente entre os meses de julho e agosto, houve um retorno à fase 2, com as seguintes reversões na rede própria e IGESDF:

- Reversão de 20 leitos do HRG para 20 leitos de UTI geral adulto;
- Reversão de 10 leitos no HRC para UTI geral adulto;
- Reversão de 17 leitos no HRSAM para UTI geral adulto;
- Reversão de 20 leitos no HB-IGESDF para 20 leitos de UTI cirúrgica adulto;
- Reversão de 24 leitos na UTI do HRAN, 20 para UTI geral

adulto e 4 leitos para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN);

- Total de leitos de UTI desmobilizados na rede própria e IGESDF: **95 leitos**

As desmobilizações acima delineadas permitiram reorganização da rede para atendimento aos outros agravos clínicos e cirúrgicos, atingindo também a assistência obstétrica ao permitir a retaguarda neonatal ofertada pela UCIN do HRAN, sem deixar de garantir a assistência à COVID, baseando-se em critérios seguros de acompanhamento na tomada de decisão.

4. LEITOS COM SUPORTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA – TIPO UCI COVID E LSVP

Com a evolução da pandemia e considerando as diversas estratégias adotadas pelo país, verificou-se a necessidade de complementar as orientações sobre a estruturação de unidades alternativas de assistência à saúde, emergenciais e temporárias, ampliando os parâmetros para a instalação de leitos de suporte ventilatório pulmonar nos hospitais de campanha e nas adaptações em estabelecimentos assistenciais de saúde existentes, como estratégia de ampliação de atendimento a pacientes críticos para a COVID-19.

Os leitos de UCI COVID são aqueles com Suporte de Ventilação Mecânica, seguindo requisitos das Portarias do Ministério da Saúde (Portaria N° 895/2017 e N° 03/2017), e que tem a gestão do seu uso, na forma de direcionamento de pacientes, em panorama local (panorama 1 ou 2), pelas Gestões de Leitos das Unidades de Saúde. Em sua maioria essas Unidades estão estruturadas em espaços de emergência, em detrimento de leitos de estabilização, razão pela qual há grande propensão no presente plano de evoluir para desmobilização desses espaços e direcionamento de fluxo aos LSVP, permitindo que os espaços de emergência sejam otimizados, alguns deles com direcionamento de alguns leitos de estabilização sob a forma *coorte* COVID-19, evitando-se a superlotação.

Os LSVP são aqueles com Suporte de Ventilação Mecânica, seguindo requisitos de Portarias do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS N° 1.514, de 15 de junho de 2020 e Portaria GM/MS N° 471, de 17 de março de 2021) e Notas

Técnicas da ANVISA e do Ministério da Saúde (Nota Técnica ANVISA N° 141 de 2020 e Orientações técnicas sobre o LSVP - disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/25/nota-tecnica-orientacao-es-tecnicas-sobre-o-leito-de-suporte-ventilatorio-pulmonar-lsvp-ii.pdf>), e que tem a gestão do seu uso, na forma de direcionamento de pacientes, em panorama central (panorama 3), pela Central de Regulação de Internação Hospitalar do CRDF.

O LSVP tem como objetivo apoiar a Unidade de Internação Clínica com a **função de tratar os casos que necessitem de suporte ventilatório não invasivo e invasivo**. Nos casos mais graves, quando o paciente apresente estado de choque e instabilidade hemodinâmica e/ou disfunção de múltiplos órgãos, a Unidade servirá para estabilização do doente até o remanejamento à unidade de referência hospitalar que possua leitos de UTI para o enfrentamento da COVID-19. Excepcionalmente, em situações de esgotamento de recursos, os leitos de LSVP servirão de apoio às UTI's na estabilização de pacientes com maior perfil de criticidade.

Os leitos de LSVP contratados pela SES/DF também foram equipados no sentido de garantir assistência em terapia renal substitutiva - TRS (tipo hemodiálise) beira-leito aos pacientes que assim necessitarem.

A análise das prioridades para mobilização deve levar em consideração as características dos espaços nos quais estão alocados os leitos de UCI (se são Unidades independentes ou estruturadas nas emergências), a disponibilidade (taxa de ocupação) dos LSVP, bem como também as consequências assistencial e financeira.

A mobilização de leitos de UCI nas Emergências dos Hospitais impactarão diretamente em menor ou maior abertura de espaço físico e infraestrutura das Emergências para atendimento à população.

Todo o processo será acompanhado por informes ao Ministério da Saúde a fim de providenciar os ajustes de repasses e incentivos do Ministério da Saúde para esses leitos disponibilizados, sendo passível a habilitação dos leitos que cumpram os critérios estabelecidos para LSVP.

O quantitativo atualizado de leitos de UCI e LSVP pode ser acompanhado pela sala de situação, disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/covid-leitos-publicos-covid-19/>.

sinalização do info.saúde:

- Hospital de Base – 13 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional da Asa Norte – 17 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional da Ceilândia – 09 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional do Gama – 06 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional Leste – 10 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional de Planaltina – 07 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional de Sobradinho – 10 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional de Samambaia – 12 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional de Santa Maria – 20 leitos de UCI COVID;
- Hospital Regional de Taguatinga – 18 leitos de UCI COVID.
- **Total de leitos de UCI COVID: 122.**

Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP – situação em 02/09):

- Hospital de Campanha Anísio Teixeira: 100 leitos de LSVP COVID;
- Hospital de Campanha Autódromo: 100 leitos de LSVP COVID;
- Hospital de Campanha Gama: 100 leitos de LSVP COVID;
- **Total de leitos de LSVP COVID: 300.**

4.1. Fases de mobilização

Os planejamentos da mobilização devem ser acompanhados conjuntamente com os gestores e equipes técnicas locais.

Recomenda-se que as fases de mobilização devam obedecer os mesmos critérios anteriormente descritos em relação ao intervalo mínimo de 14 dias entre uma fase e outra, Matriz de Risco, Média Móvel de Óbitos nos últimos 7 dias, Taxa de Transmissão, Taxa de Ocupação de Leitos e ferramentas de projeção da SUPLANS.

As fases de mobilização são sugestões que serão acompanhadas e deliberadas periodicamente pelo COECOV-19-DF e, quando pertinente, pela reativação da Comissão de Remobilização e Desmobilização de leitos COVID-19.

- **Fase de Mobilização 1**

Voltada aos leitos de UCI, recomenda-se que, para aquelas unidades cujo quantitativo de leitos seja muito inferior aos múltiplos de 15, buscando otimizar espaços, equipamentos e recursos humanos, ocorra a desmobilização de leitos e ajustes nos espaços físicos, com atenção ao atendimento às normativas vigentes, revertendo para leitos de estabilização e/ou observação, com manutenção de *coorte* COVID-19 quando pertinente, conforme a seguir:

17 leitos de UCI do Hospital Regional da Asa Norte - desmobilização de 17 leitos, com reversão dos 17 leitos para leitos gerais (de observação e/ou estabilização). Criação de novo espaço de *coorte* destinado ao atendimento à demanda COVID-19, garantindo separação dos fluxos assistenciais, com 02 leitos de estabilização.

09 leitos de UCI do Hospital Regional da Ceilândia – desmobilização de 09 leitos, sendo que 04 leitos permanecerão como leitos de estabilização *coorte* COVID-19 e 05 leitos serão revertidos para leitos gerais (de observação e/ou estabilização);

06 leitos de UCI do Hospital Regional do Gama – desmobilização de 06 leitos, com reversão para 06 leitos gerais de estabilização. O atendimento à COVID-19, quando se fizer necessário, será realizado no leito de isolamento do hospital e o HRSM servirá como retaguarda ao serviço.

10 leitos de UCI do Hospital Regional Leste – desmobilização de 10 leitos, sendo que 05 leitos permanecerão como leitos de estabilização *coorte* COVID-19 e 05 leitos serão revertidos para leitos gerais (de observação e/ou estabilização);

07 leitos de UCI do Hospital Regional de Planaltina – desmobilização de 07 leitos, com adequação ao espaço físico, mantendo-se 04 leitos de estabilização *coorte* COVID-19;

10 leitos de UCI do Hospital Regional de Sobradinho – desmobilização de 10 leitos, com adequação ao espaço físico, mantendo-se 06 leitos de estabilização *coorte* COVID-19;

18 leitos de UCI do Hospital Regional de Taguatinga – desmobilização de 08 leitos de UCI, com adequação ao espaço físico, mantendo-se 10 leitos de UCI COVID-19;

20 leitos de UCI do Hospital Regional de Santa Maria – desmobilização de 05 leitos, com reversão para 05 leitos gerais de estabilização e mantendo-se 15 leitos de UCI;

Após a desmobilização permanecerão 50 leitos de UCI, conforme a seguir:

- Hospital de Base: 13 leitos
- HRSAM: 12 leitos
- HRT: 10 leitos
- HRSM: 15 leitos

Permanecerão ainda 22 leitos *coorte* COVID-19 (leitos de estabilização), conforme a seguir:

- HRC: 04 leitos
- HRL: 05 leitos
- HRPI: 04 leitos
- HRS: 06 leitos
- HRAN: 02 leitos (situados no novo espaço)

- HRG: 01 leito (no isolamento)

Serão revertidos 38 leitos para leitos gerais, quer seja de estabilização ou observação, retomando espaços essenciais de atendimento clínico, cirúrgico e de trauma nas unidades.

- Fase de Mobilização 2

Aquisição de 20 leitos de LSVP, por contratação em andamento, em espaço situado no Hospital de Ceilândia.

- Fase de Mobilização 3

Reavaliação de necessidade dos 300 leitos de LSVP situados nos Hospitais de Campanha, conforme proximidade do término da contratação.

A remobilização das UCI estará justificada caso haja demanda por tais leitos, que seja superior à oferta, como em situações de importante recrudescimento de casos ou com o término de contratação de 300 leitos junto aos Hospitais de Campanha, sem previsão de nova contratação que os substitua. Estes espaços deverão ser preservados na rede sempre que possível, tendo em vista sua localização muitas vezes em espaços de pronto socorro, evitando-se que sejam comprometidos os espaços de atendimento que dão suporte à Rede de Urgências e Emergências.

Como sinalizado no plano das UTIs, para adequação à demanda da obstetrícia não-COVID e garantia de uma retaguarda neonatal para as parturientes, foi realizada desmobilização com reversão de 04 leitos neonatais para leitos gerais de UCIN.

5. LEITOS DE ENFERMARIA COVID

Os leitos de enfermaria COVID são leitos de internação de pacientes estáveis, não críticos, que não necessitem de cuidados intensivos, na forma de direcionamento de pacientes, em panorama local (panorama 1 e 2) ou central

(panorama 3), coordenado pela Central de Regulação de Internação Hospitalar do CRDF, conjuntamente com as Gestões de Leitos das Unidades de Saúde.

O quantitativo atualizado de leitos de enfermaria pode ser acompanhado pela sala de situação (disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/covid-leitos-publicos-de-enfermaria-covid-19/>). Composição atual desses leitos efetivamente ativos, excluindo os bloqueados:

- **Hospital Regional da Asa Norte** – 109 leitos de Enfermaria COVID-19;
- **Hospital Regional da Ceilândia** – 63 leitos de Enfermaria COVID-19;
- **Hospital Universitário de Brasília (HUB)** – 10 leitos de Enfermaria COVID-19;
- **Hospital Regional Leste (HRL)** – 10 leitos de Enfermaria COVID-19;
- **Hospital Regional de Samambaia** – 40 leitos de Enfermaria COVID-19;
- **Hospital Materno Infantil de Brasília** – retaguarda de 16 leitos de isolamento respiratório na enfermaria de Doenças Infecto-contagiosas, que dão suporte às demandas da pediatria.
- **Total de leitos de Enfermaria COVID:** 248 (sendo 16 de retaguarda pediátrica)

5.1. Critérios de priorização no DF

A análise das priorizações para a mobilização deve levar em consideração o impacto na oferta dos demais serviços das unidades de saúde e o impacto financeiro da contratação de Hospitais de Campanha, quando este for por contrato de gestão.

A desmobilização de leitos de enfermaria COVID-19 nos hospitais permitirá a maior abertura para o fluxo de atendimento de pacientes nas Emergências, além de oferecer retaguarda para outras assistências que necessitem de internação de pacientes, como cirurgias eletivas e procedimentos de maior complexidade.

A remobilização desses leitos de enfermaria COVID-19 deve oferecer retaguarda às altas de pacientes portadores de COVID-19 dos leitos de UCI, LSVP e UTI, além de equalizar as necessidades de atendimento aos usuários do SUS a fim de otimizar o uso desses leitos para atendimento à COVID-19 e demais agravos.

5.2. Fases de Mobilização

Os planejamentos da mobilização de leitos de enfermaria COVID devem ser feitos, em nível central, com as áreas técnicas, observando a flutuação das necessidades de atendimento ao paciente portador de COVID-19 por meio da taxa de ocupação dos leitos existentes.

Recomenda-se que as fases de mobilização devam obedecer os mesmos critérios anteriormente descritos em relação ao intervalo mínimo de 14 dias entre uma fase e outra, Matriz de Risco, Média Móvel de Óbitos nos últimos 7 dias, Taxa de Transmissão, Taxa de Ocupação de Leitos e ferramentas de projeção da SUPLANS.

As fases de mobilização são sugestões que serão acompanhadas e deliberadas periodicamente pelo COE COVID-19-DF e, quando pertinente, pela Comissão de Remobilização e Desmobilização de leitos COVID-19.

Quantitativo de leitos de enfermaria passíveis de mobilização, com abertura de leitos e regulação em Panorama 3, a depender da necessidade da Rede:

- Fase de Mobilização 1

Reversão de 48 leitos para leitos cirúrgicos no HRAN, possibilitando a retomada de cirurgias no serviço e atendimento à demanda reprimida da rede e reversão de 13 leitos

- Fase de Mobilização 2

Reversão de 04 leitos da Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) do HMIB, para leitos gerais de atendimento pediátrico de DIP.

- Fase de Mobilização 3

Aquisição de 40 leitos no Hospital de Ceilândia, através de contratação em andamento.

- Fase de Mobilização 4

Hospital de Base – IGESDF – desbloqueio de 10 leitos de Enfermaria COVID-19 (que servirá à retaguarda para pacientes imunossuprimidos).

- Fase de Mobilização 5

Hospital Regional de Samambaia: desbloqueio de 49 leitos no espaço do Acoplado.

- Fase de Mobilização 6

Hospital Regional de Santa Maria: espaço com possibilidade para desbloqueio de 36 leitos de enfermaria, que podem funcionar como leitos gerais (leitos de retaguarda de egressos de UTI – pacientes que deixaram a janela de transmissibilidade) ou leitos COVID-19, a depender das necessidades da Rede.

- Fase de Mobilização 7

Reversão de 10 leitos do HRL, para ampliação da capacidade de retaguarda cirúrgica do hospital.

- Fase de Mobilização 8

Reversão de 13 leitos de maternidade para leitos gerais e garantia de assistência não-COVID às parturientes no HRAN.

- **Capacidade de mobilização de leitos por aberturas/desbloqueios (fases 3 a 6):** 135 leitos
- **Leitos revertidos (fases 1 e 2):** 65 leitos
- **Capacidade de mobilização por reversão a ser realizada (fases 7 e 8):** 10 leitos no HRL e 109 leitos no HRAN.

Para atendimento à flutuação às demandas assistenciais da rede foi realizada desmobilização, entre os dias 29/08 e 02/09, no Pronto Socorro do HRAN, possibilitando a reversão de 48 leitos de observação e 10 leitos de estabilização para leitos gerais e retorno ao atendimento clínico da porta de entrada do serviço. No sentido de garantir o atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19 que busquem o serviço, foi criado novo espaço de *coorte* no Pronto Socorro, com adequada separação dos fluxos assistenciais, que permite o atendimento, medicação e observação de pacientes.

Importante destacar que a Rede, em momentos de elevada pressão por leitos, pode se ajustar para outras aberturas, a exemplo da conversão ocorrida na enfermaria de Cuidados Prolongados do Hospital Regional de Guará no pico da pandemia ocorrido no início de 2021. Esses ajustes poderão ser analisados e pactuados com cada Região de Saúde, conforme demanda georeferenciada. O HRAN, por sua *expertise* em atendimento à COVID-19, desde o início da

pandemia em 2020, tem capacidade para mobilização de maior quantitativo de leitos, sendo o primeiro hospital da Rede a passar por conversão, seguindo-se em geral pelo HRSAM e HRC.

Adicionalmente, salienta-se que há possibilidade de reversão de leitos da Rede própria, especialmente no HRAN e HRL, visando retornar a retaguarda aos demais agravos, em especial retaguarda de enfermarias cirúrgicas, à medida que a redução do número de casos e a queda nas taxas de ocupação assim o permitam.

6. Perfil de atendimento das Unidades Hospitalares da rede SES/DF, incluindo aquelas sob gestão do IGESDF, durante o cenário do COVID-19.

O presente plano buscou garantir junto às Regionais de Saúde que espaços assistenciais, com fluxo exclusivo à COVID-19, validado pelos Núcleos de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH), fossem montados, otimizando os Pronto-Socorros para manter os atendimentos conforme perfil original das unidades pela porta de entrada, sem deixar de atender às demandas respiratórias.

A evolução das mobilizações visa, ao máximo possível, direcionar o atendimento à COVID-19 aos espaços acoplados e Hospitais de Campanha, ambientes assistenciais que vêm sendo criados com a finalidade de complementar a Rede, garantindo que os serviços sejam minimamente impactados e possam continuar a funcionar, garantindo a permanência da assistência aos demais agravos.

O Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) foi estruturado com porta de entrada, UCI, enfermarias e UTI voltados ao atendimento de pacientes portadores da COVID-19, assim tem-se tornado uma das grandes retaguardas, tanto para a própria região de Saúde, quanto para as demais, dando inclusive suporte às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) por longo período atuou no suporte ao atendimento exclusivo de pacientes portadores de COVID-19 nas Emergências de Clínica Médica e Materna e segue as fases de mobilização para os leitos de Enfermaria, UCI e UTI (adulto e neonatal), com reversões no intuito de retomar o atendimento em clínica geral e cirúrgico, garantindo que os demais agravos não fiquem represados.

O Hospital de Base, hospital de referência em atendimentos de alta complexidade no DF e no Brasil, deve estar voltado ao atendimento de pacientes portadores de COVID-19 apenas com perfil de especialidades daquela própria unidade hospitalar. Sendo assim, ficará resguardada dentro da rede SES/DF.

Todas as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) também devem adequar os seus espaços para que permaneçam, preferencialmente, atendendo pacientes portadores de enfermidades não COVID-19, mas que tenham espaço de *coorte* para um primeiro acolhimento e atendimento, garantindo o isolamento respiratório do espaço ao paciente, com posterior direcionamento, por se tratar de unidade de atendimento pré-hospitalar fixo a uma unidade de internação.