

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA COVID-19: INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

FICHA TÉCNICA

Coordenação: Dr. Esmael Tomás (Director Clínico da Clínica Sagrada Esperança), Prof. Doutora Maria Helena de Vitória Pereira (Coordenadora da Comissão da Implementação do Plano de Contingência e Emergência para a prevenção da infecção pelo novo Coronavirus (SARS-CoV-2)).

Elaboração:

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar: Prof. Doutora Maria Helena de Vitória Pereira (Coordenadora);

Departamento de Atendimento Permanente: Dra. Ana Soraya Martins (Chefe do Departamento), Dra. Irema Simões, Dra. Maria Africaine Vindes;

Departamento Bloco Operatório, anestesiologia e esterilização: Dra. Ângela Cabral (Chefe do Departamento), Dra. Bárbara Poblet, Dra. Elsa Silva, Dra. Micaela Dolbeth e Costa, Enf.ª Paula Fernandes;

Departamento de Cirurgia: Dr. Pedro Miguel (Chefe do Departamento), Enf.ª Alice Mendes, Dr. Pedro Coito;

Departamento de Cuidados Intensivos: Dr. Ermelindo Filipe (Chefe do Departamento), Dra. Edna Viegas, Dr. Esmael Tomás, Enf. José Botelho, Dra. Nádía Brock, Dra. Vanda Carapichoso;

Departamento COVID: Dra. Tânia Sachissoquele (Chefe do Departamento), Enf. Raimundo Muanda;

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia: Dra. Leyandis Cobas (Chefe do Departamento), Enf.ª Madalena Mbangui;

Departamento de Medicina: Dra. Naima Pinto de Andrade (Chefe do Departamento), Dra. Ana Abreu, Dra. Cecília Santana, Dra. Gisela Manuel, Dra. Teresa Finde Chivinda; Dr. Nsecumesso Bota;

Departamento de Pediatria: Dr. António Teta (Chefe do Departamento), Dr. Alexy Rojas, Enf.ª Angélica Gerente, Dra. Beatriz Castame, Dra. Liliana Cassule, Enf.ª Lidcy Cordovez, Dr. Rosalon Pedro;

Departamento de Radiologia: Dr. Fidel Bastos (Chefe do Departamento);

Centro de Formação: Enf.ª Paula Coelho (Coordenadora);

Gabinete de Saúde Ocupacional: Dra. Ana Paula Mendes (Chefe);

Gabinete de Vigilância Epidemiológica: Dr. Roygue Alfredo (Coordenador);

Laboratório de Patologia Clínica: Dra. Marta Epalanga (Chefe do Departamento), Dr. Carlos Têmbua;

Supervisão: Enf. Manuel Tinta (Supervisor Chefe).

Revisão por Especialista Externo: Prof. Doutor Lemuel Bornelli Cordeiro (Gabinete de Ensino e Pesquisa da Clínica Girassol)

Revisão linguística: Prof. Maria do Carmo Cruz

Para citação: Clínica Sagrada Esperança. Grupo de Trabalho para Elaboração das Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da CSE. 2020. Normas de Orientação Clínica e Terapêutica da COVID-19 - intervenção multidisciplinar. Revista Científica da Clínica Sagrada Esperança nº 11 Outubro 2020.

TÍTULO PARA INDEXAÇÃO:

Em Português: Normas de Orientação Clínica e Terapêutica da COVID-19 - intervenção multidisciplinar.

Em Inglês: Guidelines for clinical and therapeutic management of COVID-19 - multidisciplinary approach.

Desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para Elaboração das Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da Clínica Sagrada Esperança (CSE) composto por profissionais de vários departamentos clínicos e de apoio.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

All rights reserved. It's allowed the partial or total reproduction of this work provided that the source is mentioned and is not for sale or any commercial purpose.

SUMÁRIO

1.	Lista de quadros	7
2.	Lista de figuras	7
3.	Lista de siglas e acrónimos	7
4.	Actualizações	8
5.	Introdução	10
6.	Objectivos	11
7.	Âmbito	12
8.	Responsabilidades	12
9.	Metodologia	12
10.	Definição de caso e codificação	13
11.	Estádios da doença	14
12.	Síndromes clínicas da COVID-19 e factores de risco	14
13.	A intervenção do laboratório - diagnóstico e rotinas laboratoriais	16
14.	A intervenção da radiologia - Diagnóstico por Imagem	17
15.	Opções de tratamento	19
16.	A pré-triagem	22
17.	A intervenção do departamento de medicina- a abordagem aos casos leves e moderados na CSE	22
18.	A intervenção da Unidade de Cuidados Intensivos - abordagem aos casos graves na CSE	25
19.	A intervenção da pediatria - considerações especiais em crianças	31
20.	A intervenção da obstetrícia - Considerações Especiais em gestantes	34
21.	A intervenção da neonatologia - Considerações especiais em recém nascidos	36
22.	A intervenção da anestesiologia	36
23.	A intervenção do departamento cirúrgico	38
24.	Medidas de prevenção e controlo da infecção	39
25.	Saúde ocupacional e risco de exposição à COVID-19	40
26.	Sistema de notificação - O papel do Gabinete de Vigilância Epidemiológica	42
27.	Indicadores	42
28.	Bibliografia	43

LISTA DE QUADROS

1.	Fases em situação de epidemia	11
2.	Níveis de evidência do sistema GRADE	12
3.	Definições de caso e contacto de COVID-19	13
4.	Codificação CID-10 para os casos de COVID-19	14
5.	Síndromes clínicas da COVID-19	16
6.	Proposta de monitorização analítica e exames adicionais de doentes internados por COVID-19	18
7.	Proposta de monitorização radiológica de doentes internados por COVID-19	19
8.	Sepsis-induced coagulopathy (SIC) score	20
9.	Circuitos dos utentes da CSE	21

10.	Classificação KDIGO para Lesão Renal Aguda	24
11.	Score SOFA	27
12.	As escalas de RAMSAY e de Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS)	27
13.	Fenótipos clínicos da expressão pulmonar da COVID-19 e estratégia ventilatória	28
14.	Tabela de PEEP baixa	29
15.	Indicações de transfusão de sangue e hemoderivados... ..	29
16.	Sintomas graves em Pediatria que requerem internamento na UCI	31
17.	Parâmetros a monitorizar no seguimento das crianças com COVID 19	32
18.	Tratamento para situações específicas em Pediatria	32
19.	Parâmetros ventilatórios iniciais em Pediatria	33
20.	Algumas doses em Pediatria	33
21.	Proposta de indicadores para monitorizar	42

LISTA DE FIGURAS

1.	Estádios da COVID-19	15
2.	Variação estimada ao longo do tempo dos testes de diagnóstico para detecção de infecção por SARS-CoV-2 em relação ao início dos sintomas	17
3.	Planta e localização das instalações de atenção médica aos casos de COVID-19	21
4.	Fluxograma de atendimento aos doentes suspeitos de infecção pelo novo coronavírus 2019	26
5.	Fluxograma de atendimento da gestante	35
6.	Fluxograma de atendimento do Recém-nascido	37
7.	Fluxograma da intervenção por anestesiologia	38

LISTA DE SÍGLAS E ACRÓNIMOS

ACE2	Enzima conversora de angiotensina 2
ARDS	Acute respiratory Distress Syndrome
AT	Acidentes de trabalho
BPC	Boas Práticas Clínicas
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CID	Classificação Internacional de Doenças
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CoV	Coronavírus
COVID-19	Coronavirus disease 2019 (doença do coronavírus de 2019)
Cr	Creatinina
CSE	Clínica Sagrada Esperança
DP	Doenças Profissionais
EPI	Equipamento de Protecção Individual
e.v.	Via endovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation

GVE	Gabinete de Vigilância Epidemiológica	RT-PCR	Real-Time Polymerase Chain Reaction
IDSA/ATS	Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society	SARS-CoV	Coronavírus causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave, estirpe de 2002
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation	SARS-CoV-2	Coronavírus causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave, estirpe de 2019
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes	SIC	Sepsis-induced coagulopathy
LRA	Lesão Renal Aguda	SOFA	Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos
MERS-CoV	Coronavírus causador da Síndrome Respiratória do Médio Oriente	SpO2	Saturação periférica de oxigénio
MINSA	Ministério da Saúde	s.c.	Via subcutânea
OMS	Organização Mundial da Saúde	SSC	Surviving Sepsis Campaign
p.ex.	por exemplo	TC	Tomografia Computadorizada
PEEP	Pressão Positiva no Final da Expiração	TSR	Terapia de substituição Renal
RAAS	Richmond Agitation Sedation Scale	TCSR	Técnicas Contínuas de Substituição Renal
RN	Recém-Nascido	UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
		VNI	Ventilação não invasiva
		VMI	Ventilação mecânica invasiva

ACTUALIZAÇÃO Nº3 - 1 DE DEZEMBRO DE 2020

No âmbito das medidas para a prevenção da infecção pelo novo Coronavirus (SARS-CoV-2), após reunião com os Departamentos Clínicos da Clínica Sagrada Esperança, elaborámos as seguintes recomendações com vista a actualizar as Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da Clínica Sagrada Esperança e, portanto, é revogada a actualização 1 e toda a informação que contrarie o disposto na presente actualização:

1. Recomenda-se a NÃO realização de testes serológicos

para o rastreio de SARS-CoV-2.

2. Recomenda-se a realização de Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) para o rastreio de SARS-CoV-2 para: admissão de todos os doentes que irão realizar cirurgia electiva; admissão de todos os doentes que irão realizar procedimentos invasivos que envolvam a exposição dos profissionais a aerossóis; admissão de todos os doentes que irão iniciar tratamento sistémico oncológico; e admissão de todos os doentes na Unidade de Cuidados Intensivos, sem que este atrase a sua realização.

Quadro 1 Classificação CO-RADS para diagnóstico de COVID-19

Estádio	Suspeição	Achados tomográficos
CO-RADS 1	Muito baixo	Normal ou há achados que indicam uma doença não infecciosa, como insuficiência cardíaca congestiva, sarcoidose, histoplasmose, malignidade.
CO-RADS 2	Baixo	Achados consistentes com outras infecções, como bronquiolite típica com árvore em brotamento e paredes espessadas dos brônquios. Sem sinais típicos de COVID-19.
CO-RADS 3	Indeterminado	Anormalidades que indicam infecção, mas não se tem certeza se COVID-19 envolvido, como broncopneumonia disseminada, pneumonia lobar, êmbolos sépticos com opacidades em vidro fosco.
CO-RADS 4	Alto	Achados suspeitos, mas não extremamente típicos como vidro fosco unilateral, consolidações multifocais, sem qualquer outro achado típico.
CO-RADS 5	Muito alto	Típico de COVID-19. Opacidades em vidro fosco multifocal bilateral, espessamento vascular, bandas sub-pleurais. Sinal de halo.
CO-RADS 6	RT-PCR positivo	-

Fonte: Grupo de trabalho COVID da Sociedade Radiológica Holandesa. 2020

3. Sugere-se que todos os doentes com Testes Rápidos de Antigénio (TRAg) positivos realizem o teste de Polymerase Chain Reaction em tempo real (real-time PCR) para identificação de SARS-CoV-2 em amostra do trato respiratório superior (exsudado da nasofaringe e orofaringe, colhido com zaragatoa) sempre que possível associada a amostra do trato respiratório inferior (p.ex. secreções brônquicas colhidas por aspirado endotraqueal).
4. Recomenda-se a utilização da tomografia axial computadorizada de torax para estratificação de risco em todos os doentes com infeção respiratória aguda, devendo o relatório espelhar o grau de suspeição de infeção por SARS-CoV-2 pela classificação CO-RADS (COVID-19 Reporting and Data System), conforme quadro1, abaixo:
5. Recomenda-se que sempre que o teste inicial de real-time PCR seja negativo mas o doente apresente elevado grau de suspeição (Clínica + CORADS 4 ou 5), seja considerado como COVID-19 provável e se mantenham as medidas de isolamento e protecção individual, até a realização de um segundo teste de real-time PCR (dando preferência a amostras do trato respiratório inferior) pelo menos 48h após o primeiro.

Controlo Versões	Versão	Tipo	Responsável	Data
2		Elaborado / Proposto	Grupo de Trabalho para Elaboração das Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da CSE	1 de Dezembro de 2020
		Codificação	GPON	1 de Dezembro de 2020
		Parecer / Aprovado	Comissão Científica	1 de Dezembro de 2020
		Homologado	PCG	1 de Dezembro de 2020

Próxima Revisão: 1 ano após homologação

ACTUALIZAÇÃO Nº2 - 11 DE SETEMBRO DE 2020

No âmbito das medidas para a prevenção da infeção pelo novo Coronavirus (SARS-CoV-2), após reunião com os Departamentos Clínicos da Clínica Sagrada Esperança, elaborámos as seguintes recomendações com vista a actualizar as Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da Clínica Sagrada Esperança:

Recomenda-se que todos os doentes ou, caso se aplique, o seu representante legal, admitidos para internamento na Clínica Sagrada Esperança assinem o documento 0140_DR_CSE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA INTERNAMENTO NA CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19 ou,

para o caso de doentes triados suspeitos de COVID-19, o documento 0141_DR_CSE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA INTERNAMENTO COMO CASO SUSPEITO DE COVID-19 NA CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA, já disponíveis no sistema informático.

Recomenda-se que, para os doentes os doentes considerados suspeitos de COVID-19, o documento 0141_DR_CSE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA INTERNAMENTO COMO CASO SUSPEITO DE COVID-19 NA CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA disponível no sistema informático seja impresso, assinado, digitalizado no Sistema Informático e desprezado, para evitar a circulação de papel que esteve em contacto com doente suspeito.

Controlo Versões	Versão	Tipo	Responsável	Data
2		Elaborado / Proposto	Grupo de Trabalho para Elaboração das Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da CSE	11 de Setembro de 2020
		Codificação	GPON	
		Parecer / Aprovado	Comissão Científica	
		Homologado	PCG	

Próxima Revisão: 1 ano após homologação

ACTUALIZAÇÃO Nº1

No âmbito das medidas para a prevenção da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), após reunião com os Departamentos Clínicos da Clínica Sagrada Esperança, elaboramos as seguintes recomendações com vista a actualizar as Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da Clínica Sagrada Esperança:

Recomenda-se a realização de testes serológicos para o rastreio de SARS-CoV-2 para: admissão de doentes que irão realizar cirurgia electiva; admissão de doentes que irão realizar procedimentos invasivos que envolvam a exposição dos profissionais a aerossóis; e admissão de

doentes na Unidade de Cuidados Intensivos, sem que este atrase a sua realização.

Sugere-se que todos os doentes com testes serológicos para o rastreio de SARS-CoV-2 considerado reactivo (IgM ou IgM + IgG) realizem o teste de Polymerase Chain Reaction em tempo real (real-time PCR) para identificação de SARS-CoV-2 em amostra do trato respiratório superior (exsudado da nasofaringe e orofaringe, colhido com zaragatoa) sempre que possível associada a amostra do trato respiratório inferior (p.ex. secreções brônquicas colhidas por aspirado endotraqueal) antes do procedimento cirúrgico.

Controlo Versões	Versão	Tipo	Responsável	Data
2		Elaborado / Proposto	Direcção Clínica da Clínica Sagrada Esperança	3 de Agosto de 2020
		Codificação	GPON	
		Parecer / Aprovado	Comissão Científica	
		Homologado	PCG	

Próxima Revisão: 1 ano após homologação

1. INTRODUÇÃO

Em 31 de Dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de Pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China ⁽¹⁾. Foram, posteriormente, reportados casos da doença em todos os continentes. O agente envolvido foi inicialmente designado como novo Coronavírus de 2019 (2019-nCoV), uma estirpe que ainda não tinha sido identificada em humanos e posteriormente identificado como SARS-CoV-2, um vírus de genoma de RNA simples pertencente à família dos Coronavírus (CoV) e a doença é, actualmente, designada por COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ⁽¹⁻⁵⁾.

Os Coronavírus (CoV) constituem uma grande família (Coronaviridae) de vírus zoonóticos, ou seja, que são transmitidos entre animais e destes para as pessoas, e que causam doenças desde a coriza comum até doenças graves como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Middle East Respiratory Syndrome – MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória grave (Severe Acute Respiratory Syndrome- SARS-CoV). Houve investigações detalhadas que descobriram que o SARS-CoV foi transmitido por gatos selvagens e o MERS-CoV por dromedários ^(6,7).

A OMS divulgou uma definição de caso, que já foi adaptada no decurso da epidemia, mas que é da maior importância para os trabalhadores de saúde, nomeadamente no reconhecimento dos

casos suspeitos ^(8,9).

As recomendações básicas para prevenir esta infecção incluem a lavagem frequente das mãos, cobrir a boca e nariz ao espirrar e tossir, cozinhar completamente os alimentos como carne e ovos e evitar o contacto com qualquer pessoa que tenha sintomas de doença respiratória, como tosse ou espirros ^(3,8,9).

As manifestações clínicas da infecção incluem febre, tosse e dificuldade em respirar. Nos casos mais graves podem evoluir em Pneumonia, Insuficiência Renal e mesmo morte ^(3,8,9).

O Ministério da Saúde da República de Angola (MINSa) tem emanado, desde 24 de Janeiro de 2020, vários documentos orientadores sobre o SARS-CoV-2, tendo o Plano Nacional de Contingência e Emergência para a Prevenção do Coronavírus (2019-nCoV) sido divulgado a 25 de Janeiro de 2020 e constituída a Comissão Interministerial para a Resposta à Pandemia do Coronavírus (COVID-19) ⁽³⁾.

Foram consideradas pela OMS as fases em situação de epidemia apresentadas no Quadro 1.

Face ao aumento crescente de casos de transmissão local, em clusters, ainda sem transmissão comunitária, Angola está classificada no nível 3 da Categoria de Padrão de Transmissão da COVID-19 ^(4,9).

Quadro 1. Fases em situação de epidemia

Fase de preparação			Epidemia concentrada fora de Angola
Fases de resposta	1. Contenção	1.1	Epicentro identificado fora de Angola com transmissão internacional
		1.2	Casos importados em África
	2. Contenção largada	2.1	Cadeias secundárias de transmissão em África
		2.2	Casos importados em Angola, sem evidência de cadeias secundárias
	3. Mitigação	3.1	Transmissão local em ambiente fechado
		3.2	Transmissão comunitária
Fases de resposta			Actividade da doença decresce em Angola e no Mundo

Fonte: Adaptado de *Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020*

Em 30 de Janeiro de 2020, a OMS decretou que a COVID-19 constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional ⁽⁸⁾.

O surto de COVID-19 originou um enorme excesso de informações - "infodemia" - algumas mais precisas e outras menos - o que dificultou que as pessoas encontrassem fontes e orientações confiáveis quando precisassem.

O Conselho de Gerência da Clínica Sagrada Esperança (CSE) criou em 5 de Fevereiro de 2020, através da Ordem de Serviço nº1/2020, a Comissão da Implementação do Plano de Contingência e Emergência para a prevenção da infecção pelo novo Coronavirus (SARS-CoV-2) ⁽⁴⁾.

No dia 14 de Fevereiro de 2020 surgiu o primeiro caso positivo em África, no Egito ⁽¹⁰⁾.

No dia 28 de Fevereiro, mesmo sem ter nenhum caso confirmado de SARS-CoV-2, o MINSA decretou medidas de quarentena obrigatória para todos os cidadãos que tenham estado na China, Coreia do Sul, Irão e Itália, países com "casos autóctones" do surto de coronavírus, estendendo-se também para os cidadãos que tenham viajado para países africanos com casos registados (Nigéria, Guiné-Bissau, Egito e Argélia) ou que tenham tido contacto com doentes afectados por coronavírus ⁽¹¹⁾.

A 11 de Março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia e, segundo a avaliação de risco, é uma situação de muito alto risco a nível global ⁽¹²⁾.

No dia 21 de Março de 2020, Angola registou os dois primeiros casos confirmados de COVID-19, sendo que, à data de 7 de Junho de 2020, foram registados no total noventa e um (91) casos confirmados, de entre os quais 4 óbitos ⁽¹³⁾.

Sua Exa. o Sr. Presidente da República decretou (DP 82/20 de

26 de Março) o Estado de Emergência a partir de 27 de Março de 2020 ⁽¹⁴⁾.

O Conselho de Administração da ENDIAMA, face à decretação do estado de emergência, exarou o Despacho nº 12/PCA/2020, que determina a redução de actividades no Grupo ENDIAMA ao que for essencial para garantir a manutenção da produção e/ou de prestação de serviços ⁽⁴⁾.

No dia 26 de Maio de 2020, após duas prorrogações do Estado de Emergência, Sua Exa. o Sr. Presidente da República decretou (DP 142/20 de 25 de Maio) a Situação de Calamidade Pública, ao abrigo da pandemia de COVID-19 ⁽¹⁵⁾.

Em resposta ao Plano de Contingência e Emergência para a prevenção da infecção pelo novo Coronavirus (SARS-CoV-2) elaborado pela comissão, os Departamentos da CSE elaboraram os seus planos de resposta ⁽⁴⁾.

Este documento apresenta as normas de orientação clínica e terapêutica para abordagem de todos os doentes suspeitos ou confirmados com a COVID-19 e pretende ser uma ferramenta de resposta à epidemia, tendo como referencial as orientações do MINSA, da OMS, CDC e das principais sociedades científicas.

Pelo Grupo de Trabalho para Elaboração das Normas de Orientação Clínica e Terapêutica Sobre a COVID-19 da CSE.

Clínica Sagrada Esperança em Luanda, aos 7 de Junho de 2020.

2. OBJECTIVOS

Definir e sistematizar a metodologia de avaliação clínica e abordagem terapêutica dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, visando a identificação, notificação atempada e manuseamento correcto e oportuno de modo a mitigar os riscos de transmissão no território nacional.

3. ÂMBITO

Aplica-se a todos os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 que necessitem de internamento na CSE sede, podendo as normas ser aplicadas nas extensões e parcerias, se adequado.

4. RESPONSABILIDADES

As responsabilidades inerentes à execução de cada processo estão descritas de actividade a actividade.

5. METODOLOGIA

Ainda não existem, até à data, evidências de boa qualidade para orientar o diagnóstico, tratamento e o prognóstico da COVID-19. Para tomar as melhores decisões clínicas, apenas temos resultados emergentes de alguns esforços de pesquisa locais, nos países atingidos pela doença ⁽⁵⁾.

REUNIÕES DE CONSENSO

Foram realizadas reuniões com os departamentos clínicos e de apoio ao diagnóstico, tendo cada um apresentado a sua revisão da literatura sobre a COVID-19, a partir das bases de dados Medline (PUBMED), SCIELO, LILACS e Revistas EBM, BMJ Practice e National Guideline Clearinghouse e Google Académico, no período entre 2019 e 2020, para a selecção de artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados, coorte, caso-controlo, revisões sistemáticas, protocolos clínicos ou Boas Práticas Clínicas (BPC)

sobre a COVID-19.

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA E GRAUS DE RECOMENDAÇÃO

Para classificar a qualidade de evidência em revisões sistemáticas e normas de orientação assim como classificar o grau das recomendações nas normas de orientação utilizamos o sistema GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) ⁽¹⁶⁾.

O nível de evidência representa a confiança na informação utilizada em apoio a uma determinada recomendação. No sistema GRADE, a avaliação da qualidade da evidência é realizada para cada desfecho analisado para uma dada tecnologia, utilizando o conjunto disponível de evidência, sendo a qualidade da evidência classificada em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo, conforme mostrado no quadro 2. Estes níveis representam a confiança que temos na estimativa dos efeitos apresentados ⁽¹⁶⁾.

Os graus ou força de recomendação representam a ênfase para que seja adoptada ou rejeitada uma determinada conduta, considerando as potenciais vantagem e desvantagens e, segundo o sistema GRADE, poderão ser:

I- FORTE - quando os efeitos desejáveis da intervenção claramente superam os efeitos indesejáveis ou claramente não superam. Uma recomendação pode então ser forte a favor ou contra uma acção ⁽¹⁶⁾.

Quadro 2. Níveis de evidência do sistema GRADE

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto (A)	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo do estimado.	É improvável que trabalhos adicionais venham modificar a confiança na estimativa do efeito.	-Ensaio Clínicos bem conduzidos, com amostra representativa. -Em algumas situações, estudos observacionais bem conduzidos, com achados consistentes*.
Moderado (B)	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa do efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	-Ensaio Clínicos com limitações leves**. -Estudos observacionais bem conduzidos, com achados consistentes*.
Baixo (C)	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante na nossa confiança na estimativa do efeito.	-Ensaio Clínicos com limitações moderadas**. -Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controlo
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há um grau importante de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	-Ensaio Clínicos com limitações graves**. -Estudos observacionais comparativos com presença de limitações**. -Estudos observacionais não comparativos***. -Opinião de especialistas.

Fonte: Adaptado de República do Brasil. Ministério da Saúde - 2014

* Estudos de coorte sem limitações metodológicas, com achados consistentes apresentando tamanho de efeito grande e/ou gradiente dose resposta.

**Limitações: viés no delineamento do estudo, inconsistência nos resultados, desfechos substitutos ou validade externa comprometida.

*** Séries e relatos de casos.

II- FRACA - resulta de resultados incertos, devido à qualidade da evidência ou quando os efeitos desejáveis e indesejáveis da intervenção estão equilibrados. Uma recomendação pode então ser fraca a favor ou contra uma acção ⁽¹⁶⁾.

ACTUALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Continuaremos a realizar revisões periódicas e reunir com os departamentos clínicos da CSE pelo menos quinzenalmente para identificar novas evidências relevantes que, entretanto, surjam. Novas actualizações a esta norma serão publicadas caso surjam novas evidências ⁽¹⁷⁾.

6. DEFINIÇÃO DE CASO E CODIFICAÇÃO

As definições de caso e contacto são regularmente revistas à medida que são obtidas novas informações, pelo que as que

apresentamos no quadro abaixo foram orientadas pela Direcção Nacional de Saúde Pública, na circular nº 05/2020 e estão em consonância com as orientações publicadas pela OMS no dia 20/03/2020 ^(4,9,18).

CODIFICAÇÃO

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é a ferramenta de diagnóstico-padrão para fins epidemiológicos, clínicos e de gestão da saúde. É usada para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde, fornecendo uma imagem da situação geral de saúde de países e populações ⁽¹⁹⁾.

A COVID-19 é uma doença de notificação obrigatória, e é indispensável que os casos de COVID-19 sejam registados na estatística da CSE.

Quadro 3. Definições de caso e contacto de COVID-19

<p>Caso suspeito A. Doente com infecção respiratória aguda grave (febre e, pelo menos, um sinal/ sintoma de doença respiratória, p.ex. tosse, falta de ar), E sem outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica E uma história de viagem ou residência em um país/ área ou território que relate a transmissão local (consulte o relatório da situação) da doença de COVID-19 durante os 14 dias anteriores ao início dos sintomas; OU B. Doente com qualquer doença respiratória aguda E tendo estado em contacto com caso confirmado ou provável de COVID-19 (veja definição de contacto) nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas; OU C. Um doente com infecção respiratória aguda grave (febre e, pelo menos, um sinal/ sintoma de doença respiratória, p.ex. tosse, falta de ar), E necessitando de hospitalização E sem outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica.</p>
<p>Caso provável A. Um caso suspeito em que o teste para COVID-19 é inconclusivo. OU B. Um caso suspeito ao qual, por qualquer razão, não tenha sido possível fazer o teste laboratorial para a COVID-19.</p>
<p>Caso confirmado Uma pessoa com confirmação laboratorial da infecção por COVID-19, independentemente de sinais e sintomas clínicos.</p>
<p>Caso descartado Caso que se enquadre na definição de suspeito e que apresente confirmação laboratorial para outro agente etiológico OU resultado negativo para SARS-CoV-2.</p>
<p>Caso excluído Caso notificado que não se enquadre na definição de caso suspeito. Nesta situação, o registo será excluído do registo de casos ou da base de dados nacional.</p>
<p>Contacto Um contacto é uma pessoa que tenha estado exposta em qualquer uma das seguintes situações durante os 2 dias anteriores ou os 14 dias posteriores ao início dos sintomas de um caso provável ou confirmado: 1. Contacto frente a frente com um caso provável ou confirmado a menos de 1 metro de distância e durante mais de 15 minutos; 2. Contacto físico directo com um caso provável ou confirmado; 3. Prestação de cuidados directamente a doentes com a COVID-19 provável ou confirmada, sem usar EPI adequado. OU 4. Outras situações indicadas pelas avaliações locais do risco. Nota: para casos assintomáticos confirmados, o período de contacto é medido como os 2 dias anteriores até aos 14 dias posteriores à data em que foi colhida a amostra que deu a confirmação.</p>

Fonte: Adaptado de World Health Organization - 2020

Na classificação Internacional de Doenças CID-10 foi atribuído para a COVID-19 o código U07, apresentados no Quadro 4 ⁽¹⁹⁾:

7. ESTÁDIOS DA DOENÇA

A COVID-19 evolui em 3 estádios, que reflectem graus de gravidade crescente e aspectos distintos na apresentação clínica, adequação do tratamento e prognóstico (ver figura 1) ^(20,21).

ESTÁDIO I (LEVE) - INFECÇÃO PRECOCE

O estágio inicial ocorre no momento da inoculação e estabelecimento precoce da doença. Para a maioria das pessoas, isso envolve um período de incubação associado a sintomas leves e geralmente inespecíficos, como mal-estar, febre e tosse seca. Durante esse período, o SARS-CoV-2 multiplica-se e estabelece residência no hospedeiro, concentrando-se principalmente no sistema respiratório. O SARS-CoV-2 liga-se ao seu alvo usando o receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) nas células humanas. Esses receptores estão presentes em abundância no Pulmão humano, no epitélio do Intestino Delgado, bem como no endotélio vascular. Como resultado do método de transmissão aérea e da afinidade pelos receptores pulmonares da ACE2, a infecção geralmente apresenta sintomas respiratórios e sistêmicos leves ^(5,20).

ESTÁDIO II (MODERADO) - ENVOLVIMENTO PULMONAR (IIA) SEM E (IIB) COM HIPÓXIA

No segundo estágio da doença pulmonar estabelecida, há multiplicação viral e inflamação localizada no Pulmão. Nesta fase, os doentes desenvolvem Pneumonia viral, com tosse, febre e possivelmente hipóxia (definida como PaO₂ / FiO₂ <300 mmHg) ⁽²⁰⁾.

ESTÁDIO III (GRAVE) - HIPERINFLAMAÇÃO SISTÊMICA

Uma minoria de doentes com COVID-19 fará a transição para o

terceiro e mais grave estágio da doença, que se manifesta como uma síndrome de hiperinflamação sistêmica extra-pulmonar, onde os marcadores de inflamação sistêmica parecem estar elevados. A infecção por COVID-19 resulta numa diminuição na contagem de células T auxiliares, supressoras e reguladoras. As citocinas inflamatórias e outros biomarcadores, como a Interleucina (IL) -2, IL-6, IL-7, Factor estimulador de colônias de granulócitos, a Proteína inflamatória 1-α dos macrófagos, o Factor de necrose tumoral-α, a Proteína C Reactiva, a Ferritina e os D-dímeros estão significativamente elevados nos doentes com doença mais grave. A Troponina e o Peptídeo Natriurético pro-tipo B do tipo N-terminal (NT- proBNP) também podem estar elevados. Uma forma semelhante à Linfocitose Hemofagocítica (sHLH) pode ocorrer em doentes nesse estágio avançado da doença. Durante este período, choque, vasoplegia, insuficiência respiratória e até colapso cardiopulmonar são evidentes. O envolvimento de órgãos sistêmicos, incluindo o miocárdio, pode manifestar-se durante este estágio ⁽²⁰⁾.

Em relação à velocidade de instalação da insuficiência respiratória, esta pode ocorrer com:

1. Apresentação hiperaguda (forma fulminante, com evolução em horas);
2. Apresentação indolente (forma progressiva, com evolução em dias); ou
3. Apresentação bifásica (forma inicialmente indolente seguida de melhoria clínica e posterior reagravamento) ⁽²¹⁾.

8. SÍNDROMES CLÍNICAS DA COVID-19 E FACTORES DE RISCO

A apresentação clínica da COVID-19 varia de doente para doente e não existem características clínicas patognomónicas que possam diferenciar a COVID-19 das demais infecções respiratórias. Entretanto, a Pneumonia parece ser a manifestação mais séria e frequente da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares bilaterais na imagem torácica. A OMS estratifica a apresentação clínica em doença ligeira, moderada, grave e crítica ^(2,7,22).

FACTORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

São considerados factores de risco para complicações clínicas os seguintes:

- Idade ≥ 65 anos;
- Presença de co-morbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, cancro);
- Uso de corticóides ou imunossupressores.

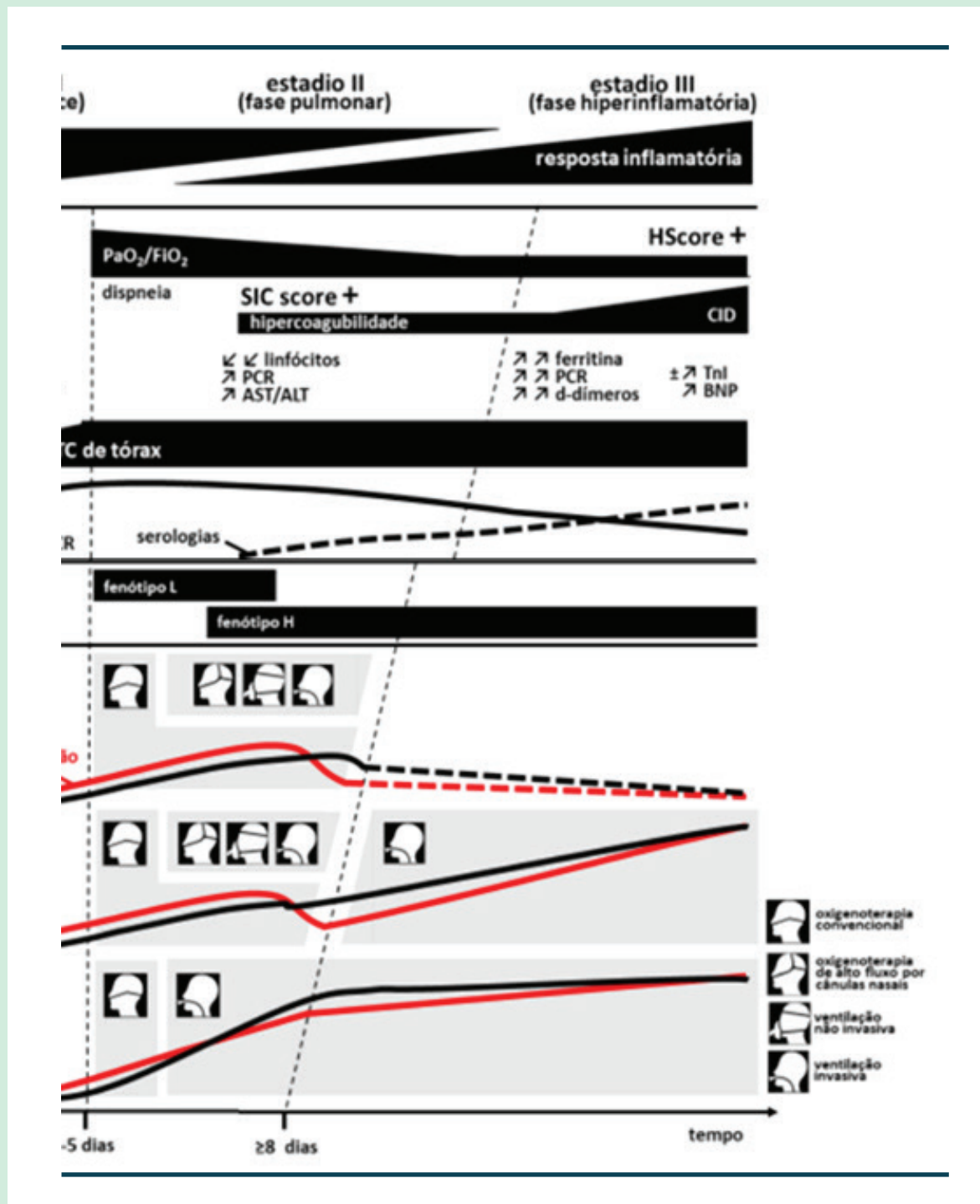
É considerado doente com baixo risco aquele com ausência dos factores acima e é considerado de alto risco, aquele com um ou mais factores.

Quadro 4. Codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID)-10 para os casos de COVID-19

Caso excluído	U07.0
Caso confirmado	U07.1
Caso suspeito	U07.2
Caso provável	U07.3
Caso confirmado, com alta melhorado	U07.4
Caso confirmado, transferido	U07.5
Caso confirmado, falecido	U07.6
Caso descartado	U07.7

Fonte: Adaptado de World Health Organization - 2020

Figura 1. Estádios da COVID-19



Fonte: Adaptado de Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - 2020

9. A INTERVENÇÃO DO LABORATÓRIO - DIAGNÓSTICO E ROTINAS LABORATORIAIS

Com as evidências disponíveis, foi elaborada uma timeline clinicamente útil dos marcadores de diagnóstico para a detecção do SARS-CoV-2 (Figura2). A maioria dos dados disponíveis é com base em populações adultas não imunocomprometidas. A evolução temporal da positividade e seroconversão da PCR pode variar em crianças e outros grupos, incluindo a grande população de indivíduos assintomáticos que não são diagnosticados sem vigilância activa. Muitas questões permanecem, particularmente sobre quanto tempo dura a imunidade potencial em indivíduos assintomáticos e sintomáticos infectados com SARS-CoV-2 (23).

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO

Recomenda-se que todos os doentes com infecção respiratória

aguda grave requerendo hospitalização realizem o teste de Polymerase Chain Reaction em tempo real (RT-PCR) para identificação de SARS-CoV-2 em amostra do trato respiratório superior (exsudado da nasofaringe e orofaringe, colhido com zaragatoa) sempre que possível associada a amostra do trato respiratório inferior (p.ex. secreções brônquicas colhidas por aspirado endotraqueal) (GRADE 1B) (7,23,24).
Recomenda-se a não realização de testes serológicos em fase aguda para o diagnóstico de SARS-CoV-2 (GRADE 1B) (7,23).

PAINÉIS MOLECULARES PARA OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS (PCR MULTIPLEX)

Sugere-se considerar o pedido de outros exames (p.ex. pesquisa por PCR de vírus Influenza e outros vírus respiratórios) de acordo com a clínica e epidemiologia (GRADE 2B) (7).

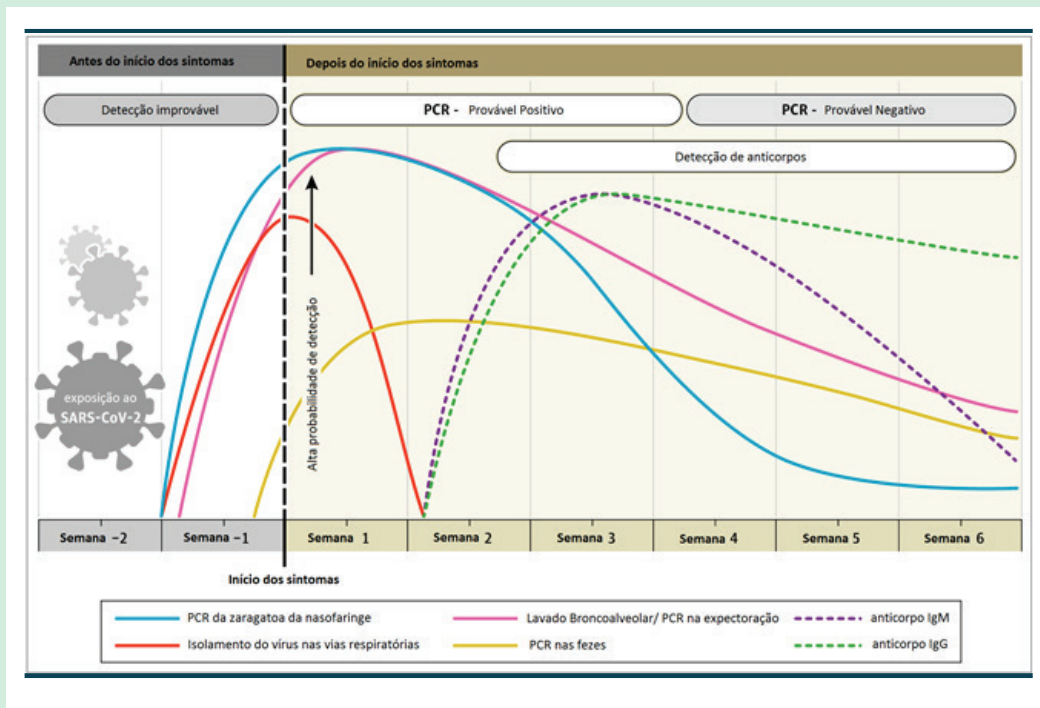
Quadro 5. Síndromes clínicas da COVID-19

Doença Ligeira (não complicada)	-	Sintomas respiratórios altos (p.ex. odinofagia, tosse, congestão nasal) associados ou não a febre e mialgias, e sem critérios de gravidade.
Doença Moderada	Pneumonia	Febre associada a sintomas respiratórios e infiltrado radiológico, sem critérios de Pneumonia grave.
Doença Grave	Pneumonia Grave	Cumprindo critérios da IDSA/ATS* ≥ 1 Critérios major <ul style="list-style-type: none"> · Choque séptico · Necessidade de ventilação mecânica ≥ 3 Critérios minor <ul style="list-style-type: none"> · Alteração do estado de consciência · Frequência respiratória ≥ 30 cpm · Hipotensão apesar de ressuscitação volêmica agressiva · Hipotermia (T_{central} < 36°C) · PaO₂/FiO₂ ≤ 250 mmHg · Ureia ≥ 43 mg/dL · Leucopenia (leucócitos ≤ 4.000/μL) · Trombocitopenia (plaquetas ≤ 100.000/μL) · Infiltrados multilobares
Doença crítica	ARDS	Cumprindo critérios da definição de Berlim Insuficiência respiratória hipoxémica (PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 300 com PEEP/CPAP ≥ 5 cmH ₂ O) aguda (início < 1 semana após factor de risco conhecido) caracterizada por opacidades bilaterais não explicadas por derrame, atelectasia ou nódulos e não explicadas por insuficiência cardíaca ou sobrecarga hídrica (exclusão através de critérios clínicos, laboratoriais e avaliação ecocardiográfica).
	Sepsis	Cumprindo critérios da Surviving Sepsis Campaign Disfunção de órgãos com risco de vida (cl clinicamente operacionalizada como um aumento agudo de ≥ 2 pontos no SOFA) causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção.
	Choque Séptico	Cumprindo critérios da Surviving Sepsis Campaign Subgrupo de doentes com sepsis (cl clinicamente identificados por lactato sérico > 2 mmol/L na ausência de hipovolemia e com necessidade de vasopressores para manter uma pressão arterial média de ≥ 65 mmHg), com particulares alterações circulatórias e celulares/metabólicas que condicionam aumento da mortalidade.

Fonte: Adaptado de World Health Organization - 2020

*IDSA/ATS- Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society

Figura 2. Variação estimada ao longo do tempo dos testes de diagnóstico para detecção de infecção por SARS-CoV-2 em relação ao início dos sintomas



Fonte: Adaptado de Sethuraman N et al.- 2020

PESQUISA DE OUTRAS POTENCIAIS ETIOLOGIAS

Recomenda-se a colheita de testes para outras potenciais etiologias prevalentes em Angola (p.ex. Malária, Leptospirose, Dengue, Febre Tifóide e Chikungunya) se apropriado; a colheita de hemoculturas (pelo menos, dois conjuntos de hemoculturas aeróbica e anaeróbica) e de amostra do tracto respiratório inferior para pesquisa de outros agentes microbiológicos; e a realização de antigenúria para Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae (GRADE 1B) (7,24).

Recomenda-se um perfil de monitorização analítica adicional de rotina, para todos os casos internados com COVID-19, atendendo às fases evolutivas da doença, estratificação do risco e níveis de atenção (BPC).

10. A INTERVENÇÃO DA RADIOLOGIA - DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

RADIOGRAFIA TORÁCICA

Recomenda-se que todos os doentes com infecção respiratória aguda grave requerendo hospitalização realizem uma radiografia torácica à admissão, podendo ser considerada em outras situações, caso a clínica justifique (BPC).

Para os doentes já internados na unidade COVID recomenda-se a utilização de um aparelho de radiografia torácica portátil para

evitar a propagação do vírus nas outras áreas da CSE (BPC).

Recomenda-se que, todos os doentes suspeitos à admissão na Pré-Triagem em que haja dúvidas quanto ao diagnóstico, utilizem a unidade de radiografia torácica existente na Pré-Triagem (BPC).

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Sugere-se a não utilização da tomografia axial computadorizada (TC) de tórax como primeiro exame diagnóstico em doentes com suspeita de COVID-19 (7,24,25) (GRADE 2C).

Sugere-se a utilização da TC do tórax, preferencialmente angio-TC, como exame diagnóstico em doentes com suspeita de COVID-19 se cumprirem com os seguintes critérios (GRADE 2C):

1. Doentes sintomáticos com agravamento clínico;
2. Suspeita de complicação (empiema, abscesso, sobreinfecção);
3. Casos em que o resultado do estudo de TC irá influenciar a conduta terapêutica.

ECOGRAFIA DO TÓRAX

Sugere-se a não utilização da ecografia torácica como exame diagnóstico em doentes com suspeita de COVID-19, pois, o risco-benefício e o impacto prognóstico não foram validados e, também, é um exame considerado de alto risco de contágio, que requer cuidados apropriados de que não dispomos (BPC).

Quadro 6. Monitorização analítica e exames adicionais de doentes internados por COVID-19 na CSE

Exames analíticos	Doença Moderada (ÁREA COVID)		Doença Grave (UCI - COVID)	
	Admissão	A cada 48H	Admissão	Diariamente
Hemograma completo	X	X	X	X
Lâmina de Sangue Periférico	De acordo com o perfil clínico e laboratorial do doente			
Glicemia	X	X	X	X
Ureia/Creatinina	X	X	X	X
AST/ALT	X	X	X	X (a cada 48h)
CK, LDH, FA, GGT	X		X	
Bilirrubina total e directa	X	X	X	X
Albumina e Proteínas totais	X		X	
Colesterol Total/ Triglicéridos			X	
Proteína C Reactiva	X	X	X	X
Gasometria arterial e Ionograma	X	X (se SpO ₂ <94%)	X	X
D-dímeros/INR/aPTT/ Fibrinogénio	x		X	X (a cada 48h)
Troponina T/ Pro-BNP			X	
TSH			X	
Hemoculturas (2)	x	Repetir colheitas consoante a evolução	X	Repetir colheitas consoante a evolução
Urocultura	X	Repetir colheitas consoante a evolução	X	Repetir colheitas consoante a evolução
Serologias (VHB, VHC, VIH)	X		X	
Pesquisa de Plasmodium	X		X	
Urocultura	X	Repetir colheitas consoante a evolução	X	Repetir colheitas consoante a evolução
Pesquisa de Dengue	X		X	
Pesquisa de Chikungunya	X		X	
Pesquisa de Leptospirose	X		X	
Procalcitonina			X	X (nos primeiros 3 dias)
Ácido Úrico			X	
Ferritina			X	
Urina sumária	X		X	

AST-Aspartato aminotransferase; ALT- Alanina aminotransferase; CK- Creatinaquinase; LDH- Desidrogenase láctica; FA- Fosfatase alcalina; GGT- Gama glutamiltransferase; INR- Índice internacional normalizado; aPTT- Tempo de Tromboplastina Parcial activada; Pro-BNP- Peptídeo natriurético do tipo B; TSH- hormona estimuladora da tiróide; VHB- Vírus da Hepatite B, VHC- Vírus da Hepatite C, VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana; SpO₂- Saturação periférica de oxigénio.

Quadro 7 Monitorização radiológica de doentes internados por COVID-19 na CSE

Exames analíticos	Doença Moderada (ÁREA COVID)		Doença Grave (UCI - COVID)	
	Admissão	Admissão	Admissão	Rotinas
RX torácico	Se indicação e conforme evolução clínica		X	3ª, 7ª dias
RX torácico	Se indicação clínica, preferencialmente no período nocturno, assumindo todas as medidas de EPI e descontaminação da sala e aparelho			

Fonte: Elaborado pelos autores - 2020

11. OPÇÕES DE TRATAMENTO

ESTRATÉGIA GLOBAL DE TRATAMENTO

Recomenda-se que a estratégia global de tratamento dos doentes tenha sempre em conta a sintomatologia (assintomático, sintomatologia leve, moderada, grave ou crítica) e a avaliação da probabilidade de descompensação das co-morbilidades do doente e/ ou da interferência destas no seu prognóstico (BPC).

Recomenda-se que casos suspeitos ou positivos assintomáticos de COVID-19 não sejam tratados com fármacos e, a sua estratégia inclua o isolamento (domiciliário, institucional ou hospitalar, em função das recomendações do MINSA) para conter a propagação do vírus (BPC).

Recomenda-se que os casos suspeitos ou positivos com sintomatologia leve (ver quadro 5) de COVID-19 tenham o tratamento sintomático⁽⁷⁾(BPC):

- Isolamento (domiciliário /institucional/ hospitalar em função das recomendações do MINSA);
- Caso seja indicado isolamento domiciliário, os utentes devem ser acompanhados e estes e os cuidadores devem aprender a identificar sinais e sintomas de complicações e contactar os serviços tão logo os identifiquem;
- Repouso;
- Dieta equilibrada;
- Controlo regular da temperatura (se ≥ 38.3 °C, administração de Paracetamol 1 g via oral em adultos ou 15 mg/kg/dose em crianças);
- Aumentar ingestão de líquidos;

Recomenda-se que os casos suspeitos ou positivos com sintomatologia moderada (quadro 5) de COVID-19 sejam internados na área COVID da CSE com as

seguintes indicações⁽⁷⁾(BPC):

- Repouso e monitorização clínica cuidada (avaliar início de sintomatologia grave);
- Dieta equilibrada;
- Controlo regular da temperatura (se ≥ 38.3 °C, administração de Paracetamol 1 grama IV de 8/8h ou 15 mg/kg/dose em crianças);
- Antibioterapia de amplo espectro, apenas após avaliação clínica e laboratorial de critérios de infecção/ sobreinfecção;
- Aumentar ingestão de líquidos;

Recomenda-se que os casos suspeitos ou positivos com sintomatologia grave ou crítica (ver quadro 5) de COVID-19 sejam internados na área UCI- COVID da CSE⁽⁷⁾(BPC).

TRATAMENTO ANTIVIRAL

Recomenda-se que casos suspeitos ou positivos de COVID-19 não sejam tratados com fármacos antivirais (Lopinavir/ ritonavir; Remdesivir; Umifenovir; Favipiravir) nem com a Cloroquina ou Hidroxicloroquina, a não ser em contexto de ensaios clínicos^(5,7) (GRADE 1B).

TRATAMENTO IMUNOMODULADOR

Recomenda-se que casos suspeitos ou positivos de COVID-19 não sejam tratados com fármacos imunomoduladores (Tocilizumab; interferon-beta-1a), a não ser em contexto de ensaios clínicos^(5,7) (GRADE 1C).

Sugere-se considerar a terapêutica com corticóides na terapêutica de doentes suspeitos ou positivos de COVID-19 em doentes em estágio II/ III cumprindo critérios de ARDS grave e sem evidência de infecção activa (dosear preferencialmente a PCT), com benefícios demonstrados na redução da mortalidade⁽²⁶⁾ (BPC).

Recomenda-se que os doentes com COVID-19 confirmado em ventilação mecânica e todos os que necessitam de oxigénio fora da UCI devem iniciar terapêutica com dexametasona 6mg 1x/dia por via oral ou endovenosa durante 10 dias, com benefícios demonstrados na redução da mortalidade ^(27,28)(GRADE 1B).

TRATAMENTO ANTICOAGULANTE

Sugere-se a utilização de heparina de baixo peso molecular em dose profilática em todos os doentes internados com sintomatologia moderada e grave de COVID-19, sem contra-indicação para a anticoagulação ^(7,17)(BPC).

Sugere-se a utilização de heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica em doentes com COVID-19 com sepsis-induced coagulopathy (SIC) score ≥ 4 ou D-Dímeros 6 vezes acima do limite superior do valor de referência e sem contra-indicação para a anticoagulação ^(29,30) (GRADE 1B).

na presença de choque séptico, recomenda-se iniciar terapêutica antimicrobiana até a obtenção de resultados culturais que permitam afirmar ou excluir a co-existência de infecção bacteriana ^(17,26)(BPC)

Apresentamos de seguida o esquema de terapêutica antimicrobiana empírica de 1ª linha na Pneumonia Grave associada à COVID-19, em suspeita de infecção bacteriana (alternativas devem ser ponderadas em função da presença de factores específicos modificadores de prognóstico (p.ex. portadores de VIH; portadores de prótese valvular; Doença Renal Crónica em programa de hemodiálise; doentes oncológico) ^(17,26)(BPC):

Ceftriaxona 2g/dia e.v. OU Amoxicilina/ ácido clavulânico 2,2 g 8/8 h e.v + Azitromicina 500mg/dia e.v., OU Claritromicina 500mg 12/12 h e.v.+ Oseltamivir 150 mg 12/12 h, via oral (GRADE 2C)*
 * Levofloxacin 500mg/dia e.v. (se intolerância/alergia aos agentes de primeira linha) ^(2,22) (BPC)

Quadro 8. Sepsis-induced coagulopathy (SIC) score

Parâmetro		
Plaquetas	≥150.000/μL	0
	100.000-150.000/μL	1
	<100.000/μL	2
INR	≤1,2	0
	1,2-1,4	1
	>1,4	2
Pontuação do SOFA total	0	0
	1	1
	≥2	2

Fonte: Adaptado de Iba, T et al. - 2019
 INR- razão de normalização internacional;
 SOFA (Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos). SOFA total é a soma dos quatro itens (SOFA respiratório, SOFA cardiovascular, SOFA hepático, SOFA renal).

TERAPÊUTICA ANTIMICROBIANA

Perante a Pneumonia grave suspeita (a aguardar identificação de SARS-CoV-2) e na ausência de choque séptico, recomenda-se que o início de terapêutica antimicrobiana seja equacionado de forma individualizada e reconsiderada a sua manutenção com resultados negativos ^(17,26)(BPC)

Perante a Pneumonia grave (com identificação de SARS-CoV-2) e

12. A PRÉ-TRIAGEM

Recomenda-se que todos os utentes da CSE (profissionais, doentes adultos ou crianças) sejam pré-triados com base na definição de casos (ver quadro 3), incluindo avaliação de sintomas e vínculo epidemiológico para minimizar o risco de contaminação entre os profissionais e outros doentes. De acordo com cada situação, os doentes são encaminhados para as áreas específicas, sinalizadas pelos códigos de cores (BPC):

- Cor verde - utentes sem vínculo epidemiológico e sem sintomas respiratórios ou febre. Estes têm acesso directo ao interior da instituição;
- Cor amarela - doentes com febre e sem vínculo epidemiológico, são avaliados de forma precisa, numa zona designada, com história clínica detalhada, com o objectivo de se poder excluir outras causas de febre;
- Cor laranja - doentes suspeitos para COVID-19, com vínculo epidemiológico, sintomas respiratórios agudos e/ou febre. São encaminhados para isolamento na Unidade COVID-19 para investigação;
- Cor vermelha - forte suspeita de COVID-19 e/ou confirmados, são encaminhados para a Unidade COVID-19.

Recomenda-se que para todos os utentes com código laranja e vermelho seja accionado o Gabinete de Vigilância Epidemiológica para notificação do caso (BPC).

Recomenda-se que os doentes já confirmados com a COVID-19 não sejam recebidos pela equipa da pré-triagem, mas, imediatamente transferidos, em função da sintomatologia, para a unidade COVID adequada (BPC).

Figura 3 Planta e localização das instalações de atenção médica aos casos de COVID-19



Fonte: Adaptado de Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020

Quadro 9 Circuitos dos utentes da CSE

<p>Circuito verde</p> <p>Circuito dos utentes considerados não suspeitos de COVID-19: Trajectória de rotina da CSE, com entrada entre os gabinetes da Segurança e do Telefonista, depois de registo informático e orientação no Contentor de recepção.</p>
<p>Circuito amarelo</p> <p>Clientes considerados casos suspeitos de COVID-19: Acompanhados na zona designada (infeciologia), com história clínica detalhada, com o objectivo de se excluir outras causas de febre. Validação do caso e espera pelas colheitas na referida área.</p>
<p>Circuito vermelho</p> <p>Clientes considerados casos suspeitos de COVID-19: Acompanhados à Unidade do Departamento COVID. Validação do caso e espera pelas colheitas na Unidade COVID.</p>
<p>Circuito azul</p> <p>Trabalhadores da CSE que não passam pela Tenda da pré-triagem dos clientes. Seguem ao longo do passeio até uma tenda onde é medida a temperatura, passam pelo pedilúvio e lavam as mãos num lavatório junto ao portão do pátio da Farmácia Interna, entrando em seguida por esse portão.</p>

Fonte: Adaptado de Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020

Recomenda-se que os profissionais da pré-triagem tenham formação e informação sobre o uso adequado de EPI em função do risco de exposição pelo tipo de procedimentos a realizar e mantenham o distanciamento adequado dos utentes, segundo o que se segue ^(4,31) (BPC):

- Recepcionistas: álcool + linha de sinalização para propiciar o distanciamento mínimo de 1 metro e/ou barreira acrílica;
- Higienização e Serviços gerais: luvas de borracha + máscara cirúrgica + avental (normas específicas do SHC);
- Enfermeiros triagem: álcool + máscara cirúrgica;
- Médico: lavagem das mãos + álcool + máscara cirúrgica (procedimentos que impliquem estar a menos de 1 metro do doente);
- Para os profissionais que lidarem com doentes suspeitos da COVID-19 ou realizarem procedimentos geradores de aerossol devem usar a máscara FFP2, N95 ou equivalente. Nesta situação devem ainda equipar-se com luvas, óculos de protecção ou viseira plástica, touca cirúrgica, batas impermeáveis e coberturas descartáveis.

13. A INTERVENÇÃO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA - ABORDAGEM AOS CASOS LEVES E MODERADOS NA CSE

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE COVID DA CSE

Estudos referem que 80% dos infectados não apresentaram necessidade de internamento hospitalar. No entanto, há necessidade de adaptação à realidade local e características específicas da instituição que o admite. Dada a constatação de incumprimento recorrente das normas de isolamento domiciliário, o MINSA recomenda internamento hospitalar para todos os casos suspeitos ou confirmados.

Recomenda-se que os critérios de admissão na Unidade COVID da CSE sejam os seguintes ⁽³²⁾ (BPC):

- Ausência de habitabilidade ou exequibilidade de isolamento no domicílio;
- Co-morbilidades: DPOC; asma; insuficiência cardíaca; diabetes; doença hepática crónica; doença renal crónica; neoplasia maligna activa; imunossupressão; drepanocitose;
- Febre (>38 °C) persistente de mais de 48-72h ou reaparecimento após apirexia;
- Dispneia; FR >22cpm; SpO₂<94% na ausência de outra causa;
- Pneumonia com ou sem evidência radiológica;
- Dor torácica; PAM < 65mmHg;

- Leucopenia, linfopenia ou trombocitopenia na ausência de outra causa

CUIDADOS AO DOENTE NA UCI COVID DA CSE

Doente suspeito a aguardar resultado do teste deve ser avaliado de acordo com plano personalizado de vigilância estipulado à admissão pelo médico assistente.

Recomenda-se que se mantenha a terapêutica e vigilância adequadas às doenças de base e se ajuste em caso de descompensação.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DE CASOS LEVES

Recomenda-se que os casos positivos com sintomatologia leve de COVID-19 tenham o tratamento sintomático ⁽⁷⁾(BPC):

- Dieta equilibrada;
- Repouso;
- Paracetamol (1gr) se febre ou cefaleia podendo ser ponderado o uso de metamizol magnésio ou de acetilsalicilato de lisina, se febre sustentada;
- Enoxaparina 40mg/dia s.c (redução de dose para 20mg/dia sc, se clearance creatina < 30mL/min).

Está descrito o agravamento de sintomas de doentes considerados casos leves após o 5º dia de início de sintomas.

Recomenda-se a vigilância de agravamento de sintomas respiratórios ou aparecimento de outras complicações cardíacas, infecciosas ou tromboembólicas.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DE CASOS MODERADOS

Recomenda-se que os casos positivos com sintomatologia moderada de COVID-19 sejam internados na área COVID da CSE com as seguintes indicações ⁽⁷⁾(BPC):

- Repouso e monitorização clínica personalizada
- Dieta equilibrada;
- Controlo da febre (se ≥ 38.3 °C administração de Paracetamol 1 grama IV de 8/8h)

• Oxigenoterapia ^(17,21)

Não acarreta risco aumentado de transmissão de SARS-CoV-2. De acordo com a British Thoracic Society o alvo da SpO₂ deve ser de 94% na insuficiência respiratória hipoxémica e 88-92% na insuficiência respiratória hiperzápnica: cânula nasal 1-6L/min para SpO₂ alvo sem humedificação. Se não atingir os valores definidos iniciar máscara de Venturi a 50% e sinalizar a UCI, se o objectivo não for atingido.

• Terapêutica Inalatória ^(17,21)

- Deverá ser prescrita apenas se estritamente necessária. Deverão ser usados idealmente, inaladores de suspensão pressurizada doseável com ou sem câmara expansora.

A terapêutica inalatória por nebulização está contraindicada.

Recomenda-se que os doentes com doenças respiratórias crónicas como a asma, DPOC, bronquiectasias e fibrose pulmonar deverão manter a medicação inalatória habitual regular, incluindo corticóides inalados.

- Ventilação Não Invasiva (VNI) ^(17,21)

O uso de VNI no doente COVID-19, nesta Unidade deve ser ponderado caso a caso em articulação com a UCI, pelos riscos que este ambiente acarreta.

- Antibioterapia de amplo espectro, apenas após avaliação clínica e laboratorial de critérios de infecção/sobreinfecção.

- Enoxaparina profiláctica: 40mg/dia s.c. (redução de dose para 20mg/dia sc, se $\text{Clcr} < 30\text{mL/min}$)

Em doentes com factores de risco elevado para eventos trombóticos, está recomendada enoxaparina 1mg/kg/dia s.c. ou 0,5 mg/kg/dia s.c. se $\text{Clcr} < 30\text{mL/min}$. Não está demonstrado benefício em hipocoagulação terapêutica por rotina em nenhuma fase de doente COVID-19.

COMPLICAÇÕES

As complicações mais frequentes são de foro respiratório. No entanto, outras situações devem ser precocemente identificadas e o doente referenciado à UCI.

ARDS (ver definição no quadro 5) ^(17,21)

Sepsis (ver definição no quadro 5) ^(17,21):

- Iniciar antibioterapia empírica precocemente (na 1ª hora de identificação);
- Colheita de hemoculturas ⁽²⁾;
- Fluidoterapia para $\text{PAM} > 65\text{mmHg}$ e
- Débito urinário $> 0,5\text{ml/kg/hora}$.

COMPLICAÇÕES CARDÍACA - INTERVENÇÃO DA CARDIOLOGIA

A presença de dor torácica ou equivalente anginoso implica a realização de um ECG e doseamento de troponinas.

Recomenda-se que as complicações cardíacas sejam discutidas e abordadas em conjunto com a Cardiologia:

- Descompensação de insuficiência cardíaca;
- Síndrome coronário agudo;
- Miocardite;
- Arritmias.

COMPLICAÇÕES RENAIIS - INTERVENÇÃO DA NEFROLOGIA

Recomenda-se a colaboração estreita em equipa multidisciplinar

entre internistas, pneumologistas, intensivistas e nefrologistas, partilhando observações à beira do leito, parâmetros hemodinâmicos e avaliação do estado volémico (BPC).

Na discussão de caso-a-caso deve estabelecer-se, de forma partilhada, as prioridades e as melhores estratégias de tratamento.

1. Fases precoces da Lesão Renal Aguda (LRA) , p.ex. proteinúria e/ou hematúria;
2. Distúrbios hidroelectrolíticos e ácido-base;
3. Ajuste da dose de fármacos à função renal, p.ex. antimicrobianos, heparinas de baixo peso molecular, de entre outros;
4. Profilaxia da nefropatia de contraste, segundo os esquemas:
 - Esquema de Bicarbonato: 150 mEq/L em 850 ml de Dextrose 5% em água
 - 3 ml/Kg/h durante 1 hora antes do exame/procedimento; seguido de 1 ml/Kg/h durante 6 horas depois exame/procedimento.
 - Esquema de NaCl 0.9%:
 - 1 ml/Kg/h durante 6-12 horas antes e depois do exame/procedimento; e
 - Esquema da N-acetilcisteína:
 - 1200 mg, via oral 1 hora antes do exame/procedimento; seguido de 1200 mg 12/12h, via oral durante 24 horas depois do exame/procedimento;
5. Doentes com doença renal previamente existente;
6. Doentes com Doença Renal Crónica em Programa Regular de Hemodiálise.

Recomenda-se que em todos os casos de comprometimento da função renal, se evite administrar fármacos nefrotóxicos (p.ex. Aminoglicosídeos, anti-inflamatórios não esteroides, inibidores da enzima conversora da angiotensina 1, antagonista dos receptores de angiotensina 2, e outros) e se mantenha hidratação adequada, de forma a evitar o agravamento da função renal.

Recomenda-se que doentes com COVID-19 no estágio 2 da LRA de acordo com a classificação KDIGO (quadro 10) sejam objecto de comunicação e discussão entre as diferentes equipas e a Nefrologia ⁽³³⁾.

SE O DOENTE APRESENTAR CRITÉRIOS DE TSR, PRECONIZA-SE AS SEGUINTE MEDIDAS:

1. Colocação de cateter venoso central para Hemodiálise, no leito do doente;
2. Realização de TSR (Hemodiálise convencional), no leito do doente;
3. Disponível um monitor de hemodiálise Fresenius® - 5008 e respectiva planta de tratamento da água;

4. Aos doentes renais crónicos em hemodiálise, a TSR poderá ser alterada de 3x / semana (habitual) para mais dias na semana de acordo com a evolução/ necessidade clínica;
5. Vigilância do tratamento dialítico pelo enfermeiro de hemodiálise;
6. Presença do médico nefrologista durante o tratamento para actuação, se intercorrências;
7. Utilizar adequadamente os circuitos de armazenamento do equipamento e material de consumo de diálise, nomeadamente: máquina de hemodiálise, linhas de circulação sanguínea extra-corpórea, soluções e cateteres de Hemodiálise;
8. Utilizar adequadamente os meios de higienização das superfícies dos equipamentos de Hemodiálise após uso (ClearSurf, Freka-NOL ou Hipoclorito de Sódio);
9. Utilizar os circuitos adequados de armazenamento, recolha e processamento de resíduos clínicos;
10. A equipa de nefrologia (médicos e enfermeiros) deve realizar diariamente auto-monitorização de forma a identificar precocemente sinais e sintomas de COVID-19. Se durante a prestação de cuidados aos doentes COVID, desenvolver sintomas deve comunicar imediatamente a equipa de vigilância epidemiológica da instituição e promover o auto-isolamento de acordo com o Plano de Contingência existente.
11. Para salvaguardar a prestação de cuidados nefrológicos aos doentes em geral (não COVID), serão equacionadas medidas de contenção, nomeadamente: Adiamento de toda a actividade programada (consultas, atenção

aos doentes na Unidade de Hemodiálise, urgências nefrológicas e interconsultas), ou seja, abstenção de toda actividade assistencial fora da Unidade COVID tanto pelo nefrologista, como pelo enfermeiro escalados.

INTERVENÇÃO DA PNEUMOLOGIA

BRONCOFIBROSCOPIA

Recomenda-se a não realização de broncofibroscopia com o simples objectivo de colher amostras de rotina do tracto respiratório inferior ^(17,21) (GRADE 1B).

Recomenda-se que a realização de broncofibroscopia tenha as seguintes indicações (GRADE 1B):

Broncofibroscopia diagnóstica:

- Suspeita de neoplasia pulmonar;
- Suspeita de tuberculose pulmonar;
- Suspeita de infecções oportunistas;
- Outras indicações com implicações terapêuticas importantes.

Broncoscopia terapêutica de urgência:

- Atelectasia pulmonar com compromisso ventilatório não resolvido por métodos menos invasivos;
- Obstrução crítica da via aérea central (coágulos, estenoses, tumores e corpos estranhos);
- Entubação traqueal emergente.

TÉCNICAS PLEURAI

CONSIDERAÇÕES SOBRE A COLOCAÇÃO DE DRENOS TORÁCCICOS:

Quadro 10 Classificação KDIGO para Lesão Renal Aguda

Estádios KDIGO	Critério Creatinina (Cr) sérica	Critério débito
1	Aumento >0,3 mg/dL em ≤48 horas ou 1,5-1,9 vezes o valor de creatinina sérica de base em até 7 dias	<0,5 mL/kg/h por 6-12 horas
2	Aumento de 2,0-2,9 vezes o valor de creatinina sérica de base.	<0,5 mL/kg/h por 12-24 horas
3	Aumento de 300% (>3 vezes) o valor de creatinina sérica de base ou creatinina sérica ≥4,0 mg/dL, ou início de técnica de substituição renal ou em doentes < 18 anos com diminuição da TFGe < 35 ml/min/1.73 m ²	<0,3 mL/kg/h por 24 horas ou anúria por 12 horas

Fonte: Adaptado de James et al.- 2014

Sugere-se que procedimentos pleurais "fechados", como aspirações pleurais e inserção de dreno torácico sejam realizados com EPI de nível 1 (máscara cirúrgica e viseira, além de bata e luvas) (GRADE 2C).

Sugere-se que procedimentos "abertos", como toracoscopia, onde o líquido pleural pode espirrar, ainda deve ser considerado procedimento de geração de aerossóis e, portanto, deve ser usado o EPI de nível 2 (máscara FFP2, bata de mangas compridas, luvas, protecção ocular) (GRADE 2C):

- Os procedimentos pleurais de diagnóstico (toracocentese e biópsia pleural) devem manter-se na suspeita de derrame pleural infeccioso e na suspeita de malignidade pleural, com probabilidade de terapêutica oncológica sistémica.
- A abordagem terapêutica está indicada para doentes com derrame pleural maligno e sintomas significativos de dispneia, bem como nos doentes com pneumotórax primário ou secundário. Deve-se discutir sobre os benefícios para pleurodesse por talco.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MANUTENÇÃO DE DRENOS TORÁDICOS:

Recomenda-se que, os doentes com COVID-19 confirmado ou suspeito com drenagem torácica e fuga aérea (ou seja, drenagem borbulhante) devem ser consideradas as estratégias para minimizar a exposição de gotículas do circuito de drenagem torácica. As opções incluem:

- Conectar qualquer dreno torácico à aspiração activa (mesmo nos casos em que a sucção não é normalmente indicada, mas definindo um nível muito baixo, como 5 cmH₂O), criando assim um sistema;
- Se possível, instalar um filtro na porta de sucção do frasco de drenagem torácica.

CRITÉRIOS DE ALTA CLÍNICA DA UNIDADE COVID DA CSE

Recomenda-se que, para se garantir a completa eliminação do vírus SARS-CoV-2 e a resolução da COVID-19 em casos positivos, para devida liberação da unidade sanitária e dos cuidados hospitalares, a alta clínica seja dada segundo orientações do MINS/INIS (BPC):

- Aos casos assintomáticos deve proceder-se à colheita de duas amostras do trato respiratório superior, com intervalo de 24 horas, 14 dias após o resultado laboratorial positivo. Apresentando um resultado negativo, o doente deve receber a devida alta hospitalar.
- Aos casos sintomáticos deve proceder-se à colheita de duas amostras do trato respiratório superior, com um intervalo de 24 horas, após 14 dias sem apresentarem

sintomas clínicos. Apresentando um resultado negativo, o doente é libertado com a devida alta hospitalar.

- Aos contactos directos de casos positivos, deverá proceder-se à colheita de uma amostra do trato respiratório superior, 7 dias após a colheita da primeira amostra. Tendo o resultado negativo, deve libertar o utente.

14. A INTERVENÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - ABORDAGEM AOS CASOS GRAVES NA CSE

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UCI COVID DA CSE

Recomenda-se que doentes com critérios de Pneumonia grave (segundo as guidelines da IDSA/ ATS de 2007 - ver quadro 5) sejam precocemente referenciados à UCI ^(2,22) (GRADE 1B).

Recomenda-se que a admissão em UCI não se baseie em critérios estritos, mas numa avaliação caso-a-caso que inclua a cada momento a percepção de gravidade, por parte do clínico, e a gestão global dos recursos disponíveis ^(2,22) (BPC).

CUIDADOS AO DOENTE NA UCI COVID DA CSE

Recomenda-se que os doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19, admitidos na UCI sejam avaliados segundo um sistema que monitorize o grau de disfunções/ falências dos sistemas orgânicos e que se registre diariamente a pontuação no score SOFA - Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos ⁽³⁴⁾ (GRADE 1A).

SUPORTE NEUROLÓGICO

Recomenda-se que para todos os doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 com necessidade de sedação se use um esquema de associação de um sedativo (p.ex. midazolam ou propofol) com um opiáceo (p.ex. fentanyl ou remifentanyl) (BPC);

Recomenda-se que para todos os doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 com necessidade de sedação se proceda diariamente a avaliação do grau de sedação usando a escala de RAMSAY ou de Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS) (quadro 12) ⁽³⁵⁾ (BPC).

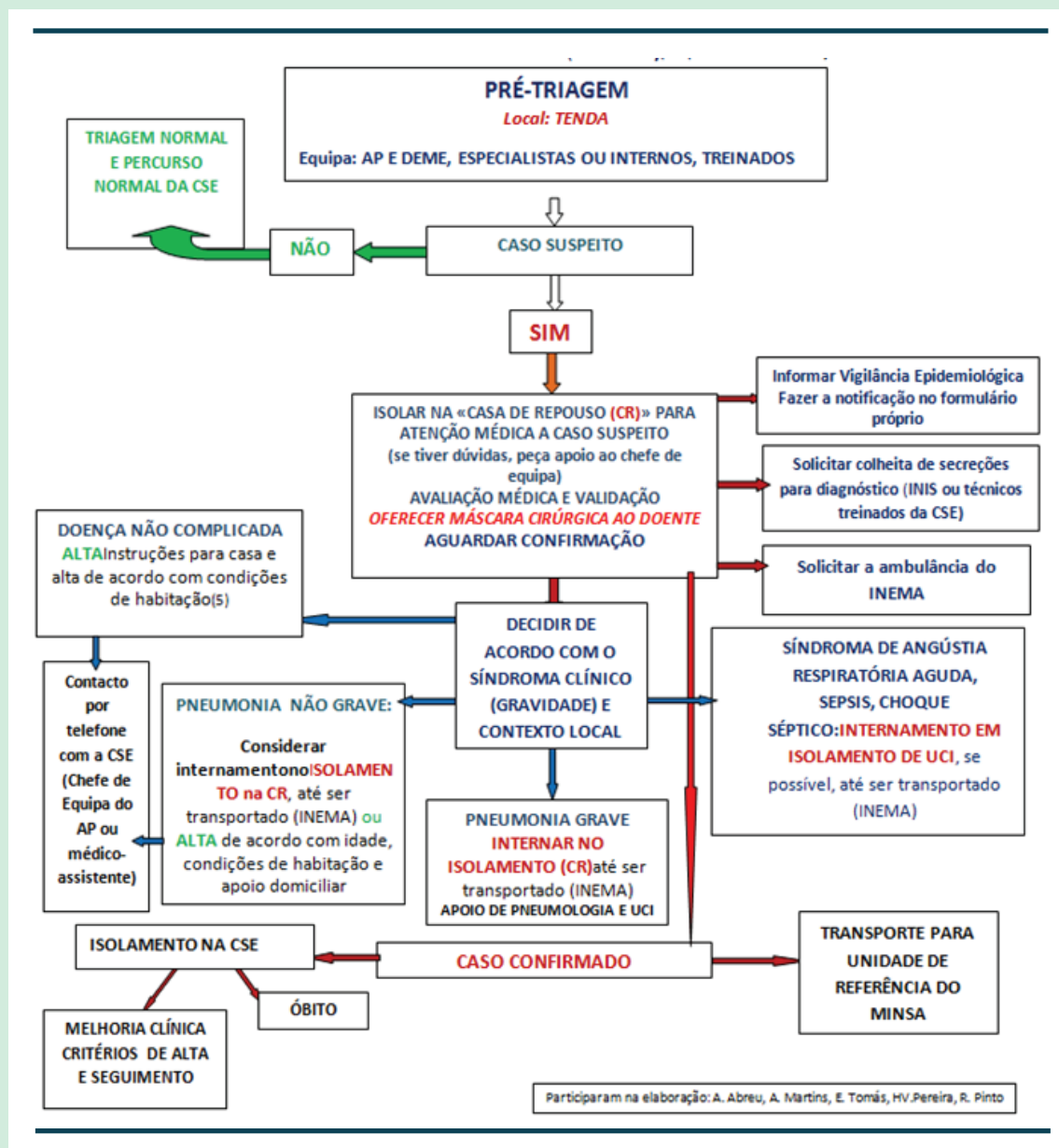
Recomenda-se que para todos os doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 com necessidade de curarização (p.ex. assincronia doente-ventilador) se utilize o rocurónio, inicialmente em bolus, podendo, em casos de assincronia mantida, passar a perfusão e.v. contínua durante não mais de 48 horas (GRADE 1B).

SUPORTE RESPIRATÓRIO

OXIGENOTERAPIA SUPLEMENTAR

Recomenda-se que todos os doentes com Pneumonia grave recebam oxigenoterapia suplementar se SpO₂ <90%, iniciada com cânula nasal ou máscara de Venturi a 4 L/min e titulada para SpO₂ alvo entre 90% e 96%, sem utilização de humidificação ^(2,17,21,22) (BPC).

Figura 4 Fluxograma de atendimento aos doentes suspeitos de infecção pelo novo coronavírus 2019



Fonte: Adaptado de Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020

TERAPÊUTICA INALATÓRIA

Recomenda-se que quando se encontra clinicamente indicada a administração de terapêutica inalatória não sejam utilizados sistemas de nebulização pneumática, ultrassónica ou de membrana oscilatória (2,17,21,22) (BPC).

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

Recomenda-se a não utilização de ventilação mecânica não invasiva (2,17,21,22) (BPC).

Recomenda-se que se, a utilização de ventilação mecânica não invasiva for indicada, devem ser consideradas as seguintes

condições (2,17,21,22) (BPC):

- 1) os profissionais utilizem precauções de via aérea em quartos de pressão negativa;
- 2) tenham capacetes ou máscaras com selagem máxima como interface que minimizem o risco de geração de aerossóis;
- 3) os ventiladores tenham circuitos de duplo ramo (inspiratório e expiratório) com interposição de filtros que minimizem o risco de geração de aerossóis;
- 4) Sejam estabelecidos critérios de falência.

Quadro 11 Score SOFA

Sistema Orgânico	Normal	Disfunção		Falência	
	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Respiratório (PaO2/FiO2)	≥400	300-399	200-299	100-199 Com suporte respiratório	<100 Com suporte respiratório
Coagulação (Plaquetas/ µL)	≥150.000	100.000-149.999	50.000-99.999	20.000-49.999	<20.000
Hepático (Bilirrubina em mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular (Drogas em µg/kg/min)	PAM≥70 mmHg	PAM<70 mmHg	Dopamina<5 ou Dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5,1-15 ou Adrenalina ≤ 0,1 ou Noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina >15 ou Adrenalina > 0,1 ou Noradrenalina > 0,1
Neurológico (Pontuação na Escala de Coma de Glasgow)	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal (Creatinina em mg/dL ou débito urinário)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500 ml/dia	>5 <200 ml/dia

Fonte: Adaptado de Marik, P et. al.-2017

Quadro 12 As escalas de RAMSAY e de Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS)

Escala de RAMSAY	Escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS)
1. Combativo, violento, risco para a equipa	4 Combativo Combativo, violento, risco para a equipa
2. Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente	3 Muito Agitado Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
3. Movimentos despropositados frequentes, "luta" com o ventilador	2 Agitado Movimentos despropositados frequentes, "luta" com o ventilador
4. Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos	1 Inquieto Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
5. Alerta, calmo	0 Alerta, calmo Alerta, calmo
6. Sem resposta a estímulo verbal ou físico	-1 Sonolento Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
	-2 Sedação leve Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual por menos de 10 segundos
	-3 Sedação moderada Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual
	-4 Sedação intensa Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
	-5 Não desperta Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Fonte: Faria - 2016

ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL/ VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E TERAPÊUTICAS ADJUVANTES

Recomenda-se a uma estratégia precoce de entubação orotraqueal (2,17,21,22) (BPC).

Recomenda-se que a entubação endotraqueal seja realizada por um operador experimentado (aquele com maior probabilidade de entubação na primeira tentativa), que utilize precauções de via aérea (idealmente em quarto de pressão negativa) (2,17,21,22) (BPC)

Recomenda-se que a entubação endotraqueal seja realizada utilizando (2,17,21,22) (BPC):

- 1) pré-oxigenação com máscara facial de alta concentração ou sistema de balão tipo Mapleson C conectado a filtro respiratório de alta eficiência, mas sempre sem recurso

a insuflações manuais;

- 2) técnica de entubação de sequência rápida;
- 3) videolaríngoscopia com utilização de lâmina descartável;
- 4) pós-entubação, encerramento do tubo com clampat e conexão a ventilador manual (ou sistema de balão tipo Mapleson C) ou traqueia do ventilador mecânico adaptado a filtro respiratório de alta eficiência;
- 5) confirmação de entubação por capnografia/capnometria seguida de radiografia de tórax (sem auscultação).

Recomenda-se uma estratégia de ventilação clássica baseada nos fenótipos clínicos da expressão pulmonar da COVID-19 que se apresentam no quadro 13 (2,17,21,22,36,37) (BPC).

Quadro 13 Fenótipos clínicos da expressão pulmonar da COVID-19 e estratégia ventilatória

	Fenótipo L (pneumonite associada à COVID-19, ou ARDS "atípico")	Fenótipo H (ARDS clássico)
Características	-Baixa elastância (alta compliance > 40mL/ cmH2O) -Baixa ventilação/perfusão -Baixo peso pulmonar -Baixa recrutabilidade pulmonar	-Alta elastância (baixa compliance < 40mL/ cmH2O) -Alto shunt -Alto peso pulmonar -Alta recrutabilidade pulmonar
Clínica	Hipoxemia silenciosa (ausência de dispnéia), aumento do drive respiratório condicionando aumento do volume-minuto e consequente hipocâpnia	Hipoxemia sintomática (dispnéia e aumento do trabalho respiratório).
Padrão Radiológico	Infiltrados tipo vidro despolido focais ou multifocais periféricos de predomínio basal (e, mais tardiamente, padrão de crazy-paving).	Confluência de consolidações com afecção predominante das zonas dependentes do Pulmão.
Estratégia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estratégia de ventilação permissiva com volumes correntes de 6-8 mL/Kg de peso corporal ideal com limite superior para pressões de plateau < 30cmH2O e driving pressure < 15 cmH2O; 2) PEEP ≤ 10cmH2O independentemente da relação PaO2/FiO2; 3) Ensaio de decúbito ventral precoce independentemente da relação PaO2/FiO2; e 4) Bloqueadores neuromusculares se aumento do drive respiratório sob sedoanalgesia otimizada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estratégia de ventilação clássica baseada no protocolo da ARDS Network [volume corrente de 4-6 mL/Kg de peso corporal ideal com limite superior para pressões de plateau < 30cmH2O] com frequência respiratória mínima para pH > 7,30 e associada a driving pressure < 15 cmH2O; 2) Tabela de PEEP baixa sem associadas manobras de recrutamento (ver quadro 14); 3) Decúbito ventral precoce por períodos mínimos de 16 horas se relação PaO2/FiO2 < 150 mmHg; e 4) Bloqueadores neuromusculares por ≤ 48 horas se relação PaO2/FiO2 < 150 mmHg ou se assincronia frequente.

Fonte: Adaptado de Gattinoni, L et al. - 2020

Peso corporal ideal para HOMEM = 50,0 + [0.91(altura em centímetros) - 152,4]

Peso corporal ideal para MULHER = 45,5 + [0.91(altura em centímetros) - 152,4] (38)

Quadro 14 Tabela de PEEP baixa

FiO2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18-24

Fonte: Adaptado de National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network - 2004

Peso corporal ideal para **HOMEM** = 50,0+[0,91(altura em centímetros)-152,4]

Peso corporal ideal para **MULHER** = 45,5+[0,91(altura em centímetros)-152,4] (38)

Quadro 15 Indicações de transfusão de sangue e hemocomponentes

Hemocomponente	Indicação de Transfusão
Concentrado de Eritrócitos	Hb<5 g/dL, com dose-alvo para Hb=7 g/dL Hb 5-8 g/dL, se factores de risco cardiovascular, idade >65 anos, instabilidade hemodinâmica, SCA ou AVC.
Concentrado de Plaquetas	Sem hemorragia: < 10.000 plaquetas/mcl Procedimentos cirúrgicos : < 50.000 plaquetas/mcl Com hemorragia: < 50.000 plaquetas/mcl
Plasma Fresco Congelado	Hemorragia activa grave (p.ex. no decurso de deficiência de factores de coagulação, reversão de anticoagulantes orais e transfusão maciça.)
Fibrinogénio	Hemorragia em doente com hipofibrinogenemia (<1000 g/L

Fonte: Ministério da Saúde. República do Brasil - 2009

BRONCOFIBROSCOPIA E TÉCNICAS PLEURAIIS

Ver recomendações descritas atrás no ponto 13 - a intervenção do departamento de Medicina.

Recomenda-se que o teste de respiração espontânea, quando indicado, seja efectuado em pressão de suporte utilizando circuito fechado (com valor de pressão até 10 cmH2O), e não em tubo em T^(2,17,21,22) (BPC)

SUPORTE HEMODINÂMICO

FLUIDOTERAPIA

Recomenda-se a utilização de parâmetros dinâmicos (p.ex. temperatura da pele, tempo de preenchimento capilar e/ou os lactatos séricos para aceder a resposta dos doentes aos fluidos⁽¹⁷⁾ (BPC).

Recomenda-se uma estratégia de fluidoterapia conservadora, em especial na ausência de choque^(2,17,22) (BPC)

Recomenda-se que, em caso de choque, a estratégia de fluidoterapia envolva o uso de cristalóides e não de colóides⁽¹⁷⁾ (BPC).

DROGAS VASOACTIVAS

Recomenda-se que, em caso de choque, a droga vasopressora de eleição seja a noradrenalina, que deverá ser titulada para um alvo de pressão arterial média entre 60-65 mmHg⁽¹⁷⁾ (BPC).

Recomenda-se que, em caso de choque com evidência de disfunção cardíaca e hipoperfusão persistente apesar da fluidoterapia adequada, se associe a dobutamina, no invés de aumento da dose de noradrenalina⁽¹⁷⁾ (BPC).

CORTICOTERAPIA

Recomenda-se que a administração de dose baixa de corticosteróides seja indicada no choque séptico, de acordo com as guidelines of Surviving Sepsis Campaign^(2,17,22) (BPC).

SUPORTE RENAL

Recomenda-se uma colaboração bastante estreita entre intensivistas e nefrologistas, partilhando observações à beira do leito, parâmetros hemodinâmicos e avaliação do estado volémico ⁽³⁹⁾ (BPC).

Recomenda-se que, com vista a limitar a circulação não essencial de pessoas nas áreas de isolamento para COVID-19, quando possível, a inserção do cateter para a terapia de substituição renal (TSR) seja realizada pelo intensivista, evitando o consumo de EPI e a necessidade de admissão do nefrologista na área isolada ⁽³⁹⁾ (BPC).

Recomenda-se que sejam preferencialmente utilizados no doente COVID-19 as técnicas contínuas de substituição renal (TCSR), pois são uma estratégia eficiente e segura de tratamento, exibem excelente perfil de estabilidade, utilizam um sistema fechado e contribuem para reduzir o contacto físico com o doente ⁽³⁹⁾ (BPC).

Sugere-se, face à baixa disponibilidade mundial de kits e material de consumo para as TCSR, e no sentido de minimizar o contacto da equipa com doentes infectados, alargar o tempo de uso de filtros, kits e sistemas, desde que estes se mantenham patentes e com indicadores de funcionamento em faixa óptima ⁽³⁹⁾ (BPC).

SUPORTE HEMATOLÓGICO

Recomenda-se manter as indicações de uso racional e restritivo da transfusão de sangue e hemocomponentes nos doentes com COVID-19 admitidos em UCI, e transfundir-se somente o componente que o doente necessita, baseado numa completa avaliação clínica e/ou laboratorial, não havendo indicações de sangue total, como se apresenta no quadro 15 ⁽⁴⁰⁾ (BPC).

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

As recomendações para a RCP seguem as normas gerais do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), com as devidas ponderações em relação ao contexto de geração de aerossóis de partículas inerentes aos cuidados de doentes com a COVID-19 ⁽⁴¹⁾.

Sugere-se que, uma vez que as manobras de RCP são geradoras de aerossóis, a paramentação é fundamental e é prioridade ante as compressões torácicas ⁽⁴¹⁾(GRADE 2D).

Sugere-se evitar a ventilação com insuflador manual em virtude do elevado risco de geração de aerossóis, pelo que, se o doente já estiver sob ventilação mecânica invasiva durante a PCR, se utilize o próprio ventilador, evitando a desconexão do mesmo, e programe a FR para 10 cpm e a FiO2 para 1 ⁽⁴¹⁾(GRADE 2D).

Sugere-se que, nos casos de paragem cardiorrespiratória com o doente posicionado em decúbito ventral, sem possibilidade de mudança imediata para o decúbito dorsal, se realizem compressões torácicas mesmo em decúbito ventral, mantendo as

mãos entre as escápulas ⁽⁴¹⁾(GRADE 2D).

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

É necessário usar estratégias que permitam ^(2,17,22):

- 1) Reduzir dias de Ventilação Mecânica Invasiva:
 - Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea;
 - Minimizar a sedação, contínua ou intermitente;
 - Iniciar mobilização precoce dos doentes;
- 2) Reduzir incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica:
 - Preferir entubação orotraqueal à nasotraqueal;
 - Realizar higiene oral regularmente;
 - Manter o doente em posição semireclinada (cabeceira a 30-40º);
 - Usar sistema de aspiração de secreções brônquicas fechado;
 - Usar um novo circuito do ventilador para cada doente; e uma vez conectado ao ventilador, trocar os circuitos e filtros apenas se estiver visivelmente sujo ou danificado;
- 3) Reduzir a incidência de tromboembolismo venoso fazendo profilaxia farmacológica com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fraccionada em doentes sem contra-indicação. Se houver contra-indicações, use profilaxia mecânica.
- 4) Reduzir a incidência de infecção da corrente sanguínea por cateter adoptando uma lista simples de verificação onde conste a data de inserção do cateter e remova-o quando não for mais necessário.
- 5) Reduzir a incidência de úlceras de pressão, promovendo mudança frequente de decúbito (idealmente a cada 2 horas).
- 6) Reduzir a incidência de úlceras de stress:
 - Administrar profilaticamente inibidores da bomba de prótons;
 - Instituir nutrição entérica precoce (entre 24-48 horas da admissão).
- 7) Reduzir o desenvolvimento de resistências dos agentes aos antimicrobianos, usando protocolos de descalção tão logo o doente esteja estável e sem evidência de infecção bacteriana.

CRITÉRIOS DE ALTA NA UCI COVID DA CSE

Recomenda-se que doentes cujos critérios de admissão à UCI estão resolvidos, sejam transferidos para a Unidade COVID após prévio contacto com a equipa médica em serviço.

15. A INTERVENÇÃO DA PEDIATRIA - CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS EM CRIANÇAS

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Recomenda-se que doentes em idades pediátricas (≤15 anos) suspeitos ou confirmados de COVID-19, após serem pré-triados, sejam admitidos na Unidade COVID (sintomatologia leve ou moderada) ou na UCI COVID (sintomatologia grave) e não no circuito normal da CSE (BPC).

Para além da clínica descrita no geral, em Pediatria é relevante chamar a atenção para outros sinais sistémicos de gravidade que requerem internamento na UCI COVID, tais como os apresentados no quadro abaixo ^(2,42,43).

Foram descritos em crianças casos de manifestações da COVID-19 semelhantes à doença de Kawasaki (febre alta, exantema

polimórfico ao 5º dia, hiperemia conjuntival, língua em framboesa, fissura labial e adenomegalias bilaterais) e Síndrome de Choque Tóxico ⁽⁴⁴⁾.

CUIDADOS AO DOENTE

Podem ser consideradas, em pediatria:

- Medidas gerais para o desconforto respiratório, como lavagem nasal com soro fisiológico e aspiração de secreções.
- O metamizol sódico (20-25 mg/kg/dose) para redução da febre em alternância com o paracetamol (15 mg/kg/dose) ⁽⁴⁵⁾

Recomenda-se que a criança suspeita ou confirmada com COVID-19 esteja sempre acompanhada de um cuidador, preferencialmente o mesmo, durante o internamento (mãe, pai, ou outro membro indicado), mantendo distância não inferior a 2 metros, com excepção dos recém-nascidos (GRADE 1 B).

Quadro 16 Sintomas graves em Pediatria que requerem internamento na UCI

<p>Sintomas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piora do estado geral, febre > 38 oC por mais de 3 dias - Hipoglicemia - Sinais de desidratação moderada a grave (olhos encovados, fontanela deprimida, prega cutânea >2 segundos, extremidades frias, pulso rápido e fraco, alteração do estado de alerta)
<p>Sintomatologia respiratória grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispneia progressiva com ou sem sibilância associada - Frequência respiratória: <ul style="list-style-type: none"> · ≥60 cpm, <2 meses; · ≥ 50 cpm, 2-12 meses; · ≥40 cpm, 1-5 anos; · ≥30 cpm, > 5 anos - Tiragem supraesternal, supra clavicular, inter ou subcostal, adejo nasal, cianose
<p>Crítérios de gravidade à gasometria arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipoxemia e transtorno grave do pH - SpO2 < 92%.
<p>Sintomas gastrointestinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vômitos frequentes, diarreia com sinais de desidratação moderada a grave, recusa alimentar
<p>Sintomas Neurológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitação, alteração do estado de alerta, convulsões
<p>Crítério radiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesões radiológicas sugestivas de Pneumonia grave (lesão unilateral extensa ou lesões bilaterais).

Fonte: Adaptado de Shekerdemian et al. - 2020 & World Health Organizaton - 2013

Quadro 17 Parâmetros a monitorizar no seguimento das crianças com COVID 19

	9h	18h
Sono - Sonolento - Teve dificuldade em dormir - Dormiu como habitual		
Alimentação - Mal - Razoável - Habitual		
Diurese - Nas 12h - Nas 24h		
Dejeções diarreicas - Frequência - Consistência		
Vômitos - Frequência		
Tosse - Mantém - Exacerbou - Diminuiu		
Dispneia -Tiragem supra esternal/ supra clavicular -Tiragem intercostal/subcostal - Frequência cardíaca - Frequência respiratória -SpO2 - Temperatura (Registrar)		

Fonte: Asociación Española de Pediatría - 2020

Quadro 18 Tratamento para situações específicas em Pediatria

Anemia Se Hemoglobina <6g/dl ou hematócrito inferior a 15% - transfusão de Concentrado de Eritrócitos 10-15ml/ kg hipoglicemia grave (glicemia inferior a 40mg/dl) Corrigir com Dextrose a 10%. · RN -2ml/kg e.v.; · >1 mês de idade - 5ml /kg e.v.
Desidratação grave (correção com lactato de ringer) · Lactentes: 30ml/kg 1ªhora/ e 70ml/kg nas 5 horas seguintes · Crianças> 1 ano idade: 30ml/kg em 30min / 70ml/kg nas 3 horas seguintes - Após hidratação, se tolerância oral, dar 5ml /kg de hora a hora
Choque Expansão volêmica: 20ml/kg de SF em 10-15min (pode repetir até 3 vezes)
Convulsões Díazepam (ampola 10mg/2ml). Dose 0,3 a 0,5mg/kg/dose e.v. pode repetir 3 vezes de 10 em 10 minutos Fenobarbital (ampola 100mg/2ml) dose 20mg/kg e.v. Fenitoína (ampola 250mg/5ml) dose 20mg/kg e.v. lento Valproato de sódio 20 mg/kg / e.v. lento

Fonte: Adaptado de Shekerdemian et al. - 2020 & World Health Organizaton - 2013

Quadro 19 Parâmetros ventilatórios iniciais em Pediatria

Parâmetros	Programação
Volume corrente	4-8 ml/Kg
PEEP	2-5 cmH2O
Frequência respiratória	RN- 40-50 cpm 1-6 meses- 30-40 cpm 6 meses a 2 anos- 25-30 cpm 2-5 anos- 20-25 cpm 5-10 anos- 15-20 cpm >10 anos- 15 cpm
FiO2	100% (ajustar para SpO2 ≥95%)
Tempo Inspiratório	Lactentes- 0,5-0,8 s Crianças> 1 ano idade - 0,8-1,5 s
Relação Inspiração: Expiração (I:E)	1:2

PEEP: Pressão Positiva no Final da Expiração; FiO2 - Fração inspirada de oxigênio.

Fonte: Ministério da Saúde – 2020

Quadro 20 Algumas doses em Pediatria

Grupo Farmacológico	Fármacos/ Doses
Sedativos e analgésicos	Ketamina 0,5-1 mg/kg/dose e.v. Midazolam 0,2-0,5 mg/kg e.v. Fentanyl 1-2 µg/kg e.v. Hidrato de cloral 50-100 mg/kg via oral
Aminas vasopressoras	Noradrenalina 5-20 µg/kg/min em perfusão e.v. Dobutamina 5-20 µg/kg/min em perfusão e.v.
Antimicrobianos	Ceftriaxone 50-100 mg/kg/ dia e.v. Claritromicina 15 mg/kg/dia dividir em 2 tomas e.v ou via oral Azitromicina 10 mg/kg/dia e.v ou via oral Amoxicilina/ ácido clavulânico 25-50 mg/kg/dose de 8/8h e.v ou via oral Oseltamivir: <ul style="list-style-type: none"> · Até 40kg 3mg/kg de 12/12h via oral por 5 dias · > 40kg 75 mg de 12/12h via oral por 5 dias
Outros	Cloroquina 10 mg/kg 12/12h via oral

Fonte: Adaptado de Shekerdemian et al. - 2020 & World Health Organizaton - 2013

CRITÉRIOS DE ALTA DE CRIANÇAS DA UCI E DA UNIDADE COVID DA CSE

Recomenda-se que doentes cujos critérios de admissão à UCI estão resolvidos, sejam transferidos para a Unidade COVID após prévio contacto com a equipa médica em serviço (BPC).

Recomenda-se que a alta definitiva seja segundo critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, tendo em conta as recomendações das autoridades sanitárias (BPC).

16. A INTERVENÇÃO DA OBSTETRÍCIA - CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS EM GESTANTES

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Recomenda-se que todas as gestantes suspeitas ou confirmadas de COVID-19, após serem pré-triadas, sejam admitidas na cama da Unidade COVID (sintomatologia leve ou moderada) ou na UCI COVID (sintomatologia grave) e não no circuito normal da CSE (BPC).

CUIDADOS AO DOENTE

Recomenda-se que todas as gestantes suspeitas ou confirmadas de COVID-19, sejam seguidas na Unidade COVID pelo médico obstetra escalado, com eventual apoio de equipa multidisciplinar escalada (BPC).

Recomenda-se que com todas as gestantes suspeitas ou confirmadas de COVID-19, caso o trabalho de parto não evolua favoravelmente e tiver indicação de cesariana, a gestante seja conduzida ao bloco operatório localizado na unidade COVID (BPC).

Recomenda-se que, todas as gestantes suspeitas ou confirmadas de COVID-19 a cesariana deve ser indicada por critérios obstétricos ou se apresentar dificuldade respiratória grave com implicações materno-fetais (BPC).

Recomenda-se que todas as gestantes suspeitas ou confirmadas de COVID-19, caso precisem de internamento em unidade de cuidados intensivos, seja contactado o médico da UCI localizado na unidade da COVID (BPC).

GRÁVIDAS SUSPEITAS OU CONFIRMADAS DE COVID-19 COM SINTOMAS LEVES ⁽⁴⁶⁾:

- Admitir na sala de isolamento,
- Controlar peso,
- Monitorizar movimentos fetais,
- Monitorizar a pressão arterial

GRÁVIDAS SUSPEITAS OU CONFIRMADAS DE COVID-19 COM SINTOMAS MODERADOS/ GRAVES/ CRÍTICOS ⁽⁴⁶⁾:

- Devem ser avaliadas por equipa multidisciplinar,
- Admitir em UCI,
- Realizar gasometria arterial,

- Controlo hídrico, evitando o excesso de perfusão de fluidos,
- Radiografia ou TC do tórax, se indicado, com protecção abdominal.
- Cardiotocografia de acordo com a condição materna,
- Antibioterapia profiláctica empírica com Amoxicilina/ácido clavulánico, segunda linha Azitromicina;
- Ventilação precoce na presença de insuficiência respiratória progressiva.

VIGILÂNCIA:

- Estado emocional e oferecer apoio;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Oximetria de pulso contínua ou de hora a hora, de acordo com o estado da mãe;
- Oxigenioterapia visando SpO₂>95%;
- Balanço hídrico de hora a hora para obter balanço neutro;
- Exames de sangue hemograma e bioquímica.
- Radiografia ou TC do tórax, com protecção abdominal.

TRABALHO DE PARTO ⁽⁴⁶⁾

De acordo com a indicação obstétrica, parto vaginal de preferência. Incentivar analgesia de parto, contactar a equipa de cuidados multidisciplinar (envolve o neonatologista e o anestesiológico):

1- Fase latente de trabalho de parto:

- Se os sintomas são leves internar e avaliar a cada 6 h

2- Fase activa de trabalho de parto:

- No caso de sintomas leves (FR: <25cpm, FC: <120bpm, SpO₂ >95%, sem sepsis ou desidratação) promover a descida passiva da cabeça fetal, usar Oxitocina e Papaverina, se indicado.
Cardiotocografia.
- No caso de sintomas moderados/graves/crítica: (FR>25cpm, FC:>120bpm, SpO₂<95%, Falência respiratória PaO₂/FiO₂≤250 mmHg) e Choque, solicitar avaliação de Pneumologia ou UCI.
Avaliação obstétrica de 4/4 h.
Acelerar o período expulsivo com Ventosa/ Indicar a cesariana quando a parturiente estiver estabilizada

3- Dequitadura:

- Activa

CESARIANA SEGMENTAR DE URGÊNCIA

- Deve ter-se em conta que os EPI consomem tempo
- Garantir antecipadamente equipa e comunicação proactiva.

RECÉM-NASCIDO ^(47,48)

- Clampar o cordão, se possível no 1º minuto;
- Limpar o recém-nascido (RN) precocemente;
- O RN será levado para sala de isolamento neonatal.

Placenta: Descartar no lixo biológico

FÁRMACOS DE SUPORTE PARA A PUÉRPERA ^{(46):}

- Antibioterapia profilática: 1ª linha Amoxicilina+ Acido clavulânico. 2ª Linha Azitromicina na suspeita de Pneumonia da comunidade
- Paracetamol: 15mg/Kg/dose
- Oxigenioterapia somente quando necessário, pelo risco de disseminação de aerossóis.
- Medicamentos a usar com precaução pela depressão

respiratória: Sulfato de Magnésio, Corticosteróides,

- Não usar Indometacina

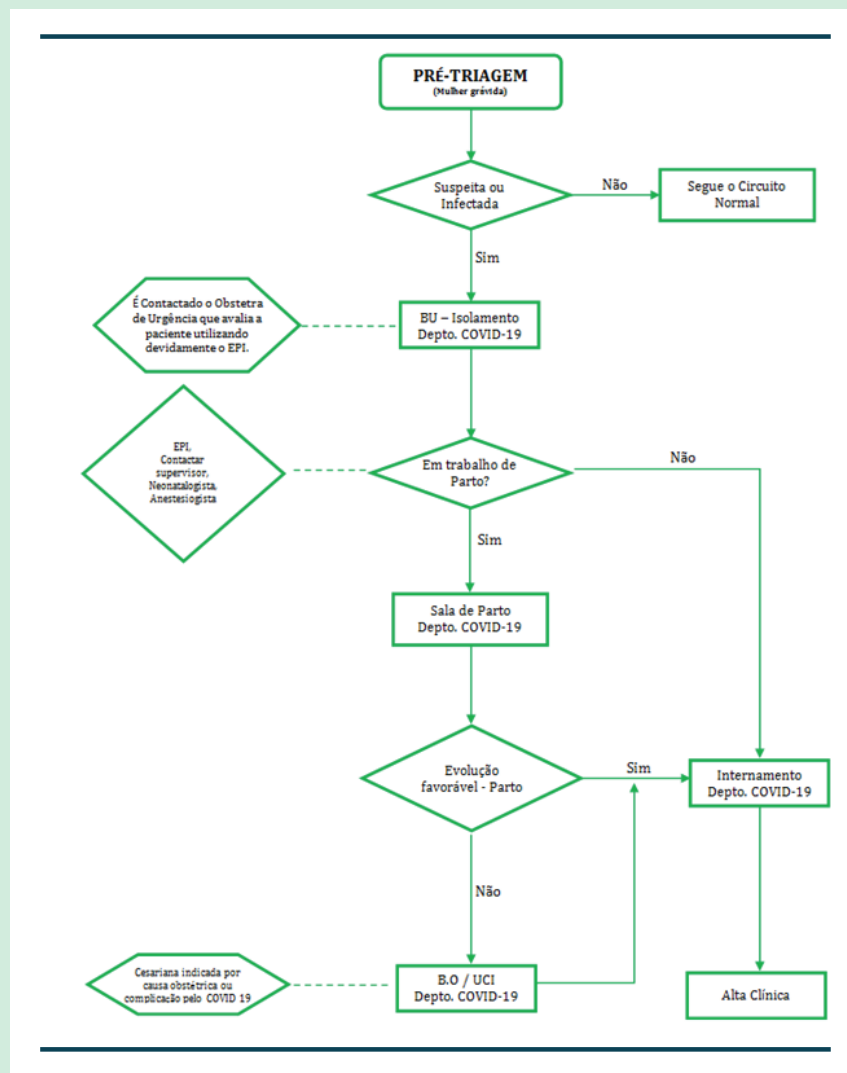
CRITÉRIOS DE ALTA DE GESTANTES DA UCI E DA UNIDADE COVID DA CSE

Recomenda-se que doentes cujos critérios de admissão à UCI estão resolvidos, sejam transferidos para a Unidade COVID após prévio contacto com médica Obstetra da doente e equipa escalada na Unidade (BPC).

O seguimento da puérpera pela equipa escalada em Unidade de COVID, pressupõe alta por Obstetria (BPC).

Recomenda-se que a alta definitiva seja dada segundo critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológico, tendo em conta as recomendações das autoridades sanitárias (BPC).

Figura 5 Fluxograma de atendimento da gestante



Fonte: Adaptado de Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020

17. A INTERVENÇÃO DA NEONATOLOGIA - CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS EM RECÉM NASCIDOS

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS NA DEFINIÇÃO DE CASO ⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾

CASOS SUSPEITOS

- 1) RN de mães com histórico de infecção suspeita ou confirmada por COVID-19, entre 14 dias antes do parto ou 28 dias após o parto.
- 2) RN directamente exposto a pessoas infectadas pelo COVID-19 (familiares, cuidadores, equipa médica e enfermagem, visitantes)

CASOS CONFIRMADOS

Caso que cumpre os critérios laboratoriais (PCR de screening positivo, e PCR de confirmação).

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

CUIDADOS ESPECÍFICOS ⁽⁴⁷⁻⁵¹⁾:

- Clampeamento imediato do cordão umbilical;
- Não realizar o contacto pele-a-pele com a mãe;
- O transporte do recém-nascido para a sala de isolamento deverá ser imediato, por incubadora de transporte, onde serão prestados os cuidados imediatos (Banho, ou limpeza com remoção dos fluidos materno, administração de Vitamina K, desinfeção ocular e umbilical);
- Se necessário, aspiração de secreções da orofaringe, que deverá ser feita de forma suave para evitar traumatismo e risco de infecção;
- Evitar ventilação com pressão positiva ou insuflador manual (principal fonte de disseminação do vírus por aerossóis).

AMAMENTAÇÃO OU ALEITAMENTO MATERNO

Embora o aleitamento materno possa permitir a passagem de anticorpos maternos ao RN, não há dados suficientes para uma recomendação firme sobre o aleitamento materno em mulheres infectadas ^(48,50,51).

A Sociedade Italiana de Neonatologia, a OMS e a UNICEF recomendam-no, sempre que as condições clínicas da mãe e do RN permitem, respeitando as medidas de prevenção de infecções em todos os momentos (higiene das mãos e máscara facial).

A extracção mecânica de leite materno pode ser uma alternativa.

CRITÉRIOS DE ALTA ⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾

RN de mãe COVID-19 – negativa -

Cuidados de rotina, alta após 24 -48h de vida, se não houver problemas clínicos que imponham internamento.

RN de mãe COVID-19- positiva

- Estabilidade clínica, sem distermia (febre ou hipotermia) há pelo menos 3 dias e sem sintomas respiratórios;
- Radiografia de tórax sem alterações
- PCR negativa no exsudado nasofaríngeo.
- A alta deverá ser feita directamente para o domicílio, onde o RN cumprirá os 14 dias de isolamento.

18. A INTERVENÇÃO DA ANESTESIOLOGIA

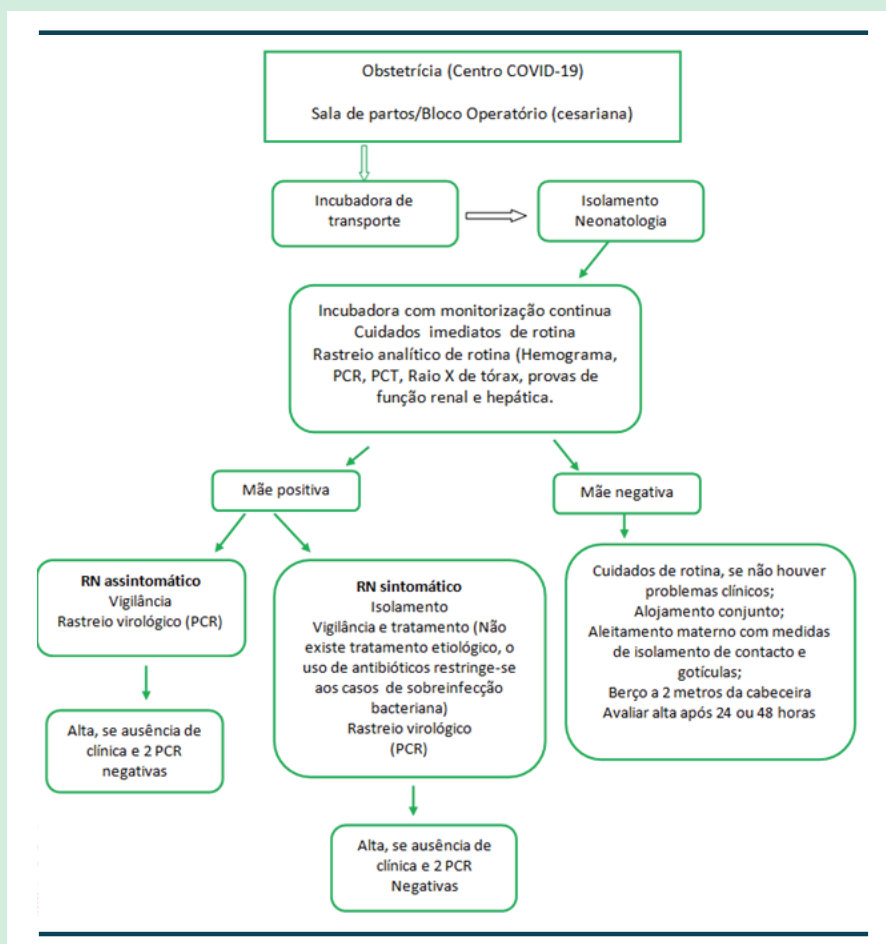
PRÉ-OPERATÓRIO DO DOENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO POR COVID-19 NA UNIDADE COVID

- a) Após abordagem do doente/gestante com COVID-19 com necessidade de tratamento cirúrgico de urgência, deve ser avisada a equipa do bloco operatório sobre o tipo de intervenção cirúrgica a ser efectuada e do material a ser utilizado ao detalhe.
- b) Devera ser dada o tempo de 1 hora para gestão dos recursos humanos pelo bloco operatório e preparação do material de consumo clínico e os instrumentos cirúrgicos necessários para o procedimento pretendido, necessidades fornecidas pelo médico-cirurgião ao detalhe, p.ex. tipo de fios de sutura a utilizar.
- c) Em contentor fechado, o material é levado pelo instrumentista para a área COVID, para depois ser usado durante a intervenção cirúrgica.
- d) À chegada ao local, a equipa faz a paramentação com o EPI e, em seguida, faz-se um debriefing, com todos intervenientes do processo cirúrgico.
- e) A instrumentista vai preparar a mesa de instrumentação e verificar a funcionalidade de outros equipamentos da sala, tais como: mesa cirúrgica, aspirador, foco-cirúrgico.
- f) Deixa a sala aos cuidados do anestesiológista e técnico de anestesia, para verificar a funcionalidade do seu equipamento e ter os instrumentos protegidos com material de plástico para evitar contaminação e ajudar no momento de descontaminação da sala. Após todo o material estar preparado, o anestesiológista, pelo comunicador, vai chamar o doente /gestante para ser anestesiado. Neste momento não deve permanecer nenhum outro elemento além da equipa anestésica.
- g) A equipa anestésica comunica que o doente está anestesiado e os membros da equipa de cirurgiões e instrumentista entram para a sala já preparada para realizar o procedimento cirúrgico.

INTRA-OPERATÓRIO DO DOENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO POR COVID-19 NA UNIDADE COVID

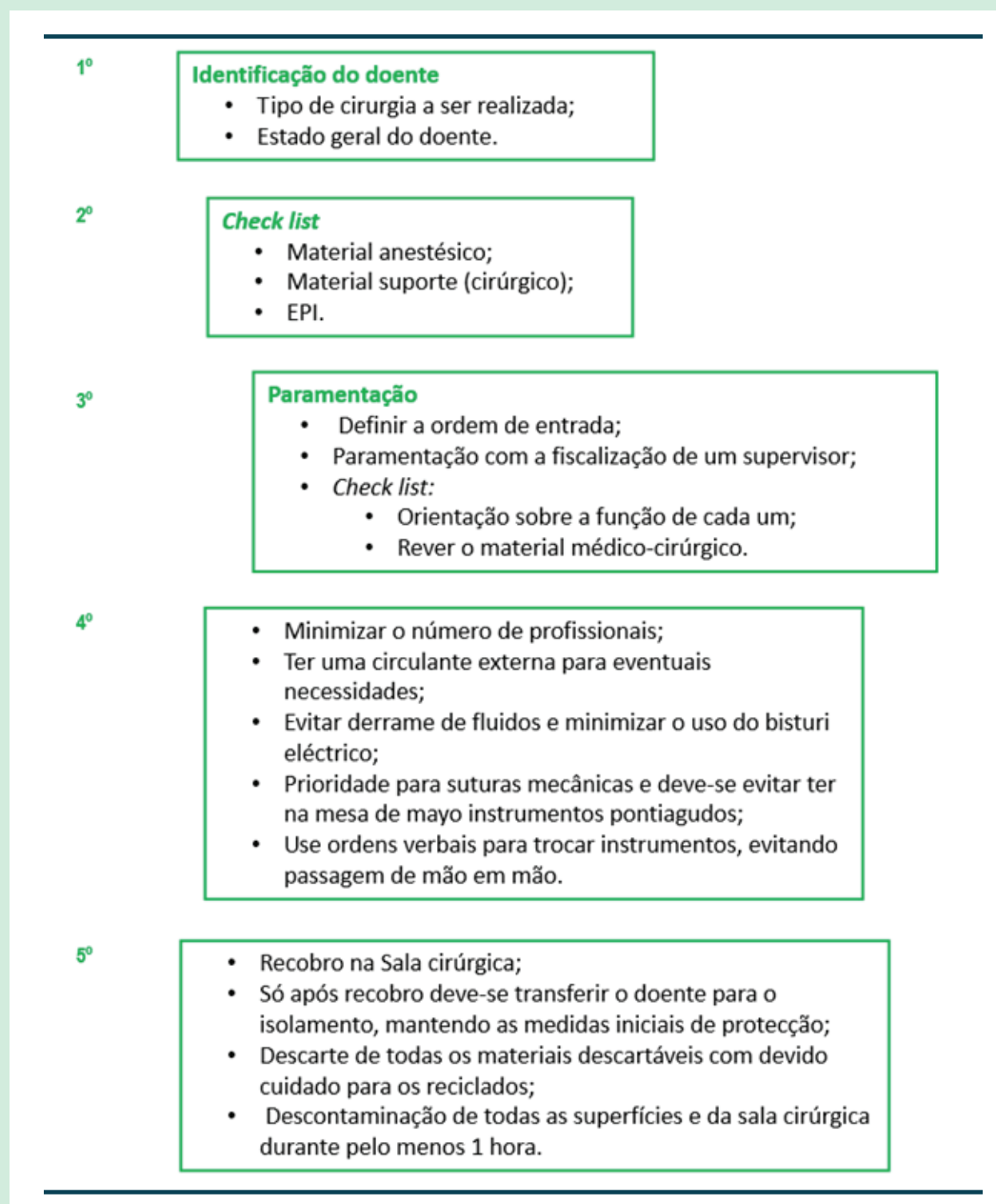
- a) Minimizar o pessoal durante a intervenção (2 cirurgiões, 1 anestesista, 1 técnico de anestesia e 1 instrumentista); o técnico de anestesia vai auxiliar o instrumentista, se necessário.
 - b) Ter uma enfermeira circulante externa para eventuais necessidades.
 - c) Evitar derrame de fluidos e minimizar o uso do bisturi eléctrico.
 - d) Prioridade para suturas mecânicas e evitar ter na mesa de Mayo instrumentos pontiagudos.
 - e) Usar ordens verbais para trocar instrumentos, evitando passagem de mão em mão
- pós-operatório do doente suspeito ou confirmado por covid-19 na unidade covid
- a) O doente faz recobro na sala cirúrgica acompanhado pelo técnico de anestesia, com supervisão do anesthesiologista durante 20 minutos.
 - b) Transportar o doente para a sala ou área de isolamento de recuperação com as mesmas medidas iniciais.
 - c) Descartar todo o material e medicamentos não usados durante a anestesia e entubação, e descontaminar todo o material cirúrgico antes de ser levado para a esterilização.
 - d) Limpeza exaustiva da sala cirúrgica durante 1 hora com descontaminação de todas as superfícies, telas, cabos, monitor e máquina de anestesia.
 - e) Vaporização com água oxigenada para descontaminar a sala operatória.
 - f) Fazer a descontaminação após cirurgia, retirar EPI e colocar novo material de protecção.

Figura 6 Fluxograma de atendimento do Recém-nascido



Fonte: Adaptado de Sociedad Española de Neonatología - 2020

Figura 7 Fluxograma da intervenção por anestesiologia



Fonte: Adaptado de Clínica Sagrada Esperança - Pereira M - 2020

19. A INTERVENÇÃO DO DEPARTAMENTO CIRÚRGICO

ORGANIZAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

Toda a programação cirúrgica deverá ser revista em relação aos riscos, prioridades e recursos da unidade.

As equipas devem estimular a realização de simulações de situações críticas, adoptar escalas racionais de trabalho e medidas individuais de protecção e cuidados relativos à saúde do grupo.

É recomendado, ainda, o uso de recursos de telessaúde / telemedicina.

O CIRURGIÃO DEVERÁ ALTERAR AS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS DE URGÊNCIA

Neste momento, não é recomendável alterar as indicações cirúrgicas usuais, devendo cada decisão ser personalizada e baseada num determinado diagnóstico.

No doente suspeito ou confirmado com COVID-19, a necessidade de intervenção cirúrgica deve ser especialmente rigorosa, devendo ter como factor determinante o grau de envolvimento clínico da infecção.

Recomenda-se que as equipas cirúrgicas de emergência usem critérios de decisão uniformes.

Em regra, não devemos modificar a técnica cirúrgica, mas devemos ter em consideração que a Cirurgia Laparoscópica:

- Procedimento de protecção individual deve ser rigorosamente aplicado;
- Os dispositivos devem ser usados para filtrar o CO₂ libertado;
- Procedimento deve ser executado com a menor pressão pneumática possível;
- Evitar a posição de Trendelenburg prolongado para diminuir os efeitos deletérios na função cardiopulmonar.
- O seu uso deve ser criterioso, devido ao risco de contaminação, por fuga de gás durante a intervenção e/ou no momento da descompressão.
- A acção das fontes de energia deve ser limitada continuamente em determinadas áreas.
- A insuflação deve ser aspirada exaustivamente antes da remoção dos trocars, evitando fazer através deles.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS NO DOENTE COM COVID-19

Na sala operatória dever-se-ão respeitar as regras e determinações de outras especialidades, particularmente da Anestesiologia.

As medidas de prevenção e controlo de infecção para minimizar o risco de transmissão por SARS-CoV-2 devem ser reforçadas no Bloco Operatório, de acordo ao indicado no número 18 da presente norma.

Dar maior ênfase ao princípio geral da cirurgia de urgência, que consiste em obter o maior benefício possível com o gasto cirúrgico mínimo, tendo em conta os que causam menos probabilidades de complicações pós-operatórias (BPC).

A Cirurgia deve ser realizada pelo menor número possível de pessoas para que seja realizada com segurança e rapidez, devendo a equipa cirúrgica ser chefiada pelo cirurgião de maior experiência, de modo a minimizar riscos, complicações e o tempo de exposição na sala de operações (BPC).

Sempre que clinicamente adequado deve privilegiar-se a realização de procedimentos e técnicas cirúrgicas menos invasivas, de forma a assegurar uma recuperação com menor tempo de internamento e melhor qualidade de vida (BPC).

Evitar o uso prolongado de técnicas de dissecação e controlo de hemostase de base eléctrica ou de ultra-sons, associando-as, se utilizadas, a sistemas de exaustão dos resíduos gasosos (BPC).

Evitar utilização de drenos (BPC).

Aspirar líquidos orgânicos e gás insuflado em sistema fechado (BPC).

ORGANIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO

Sempre que possível, devem ser implementadas todas as medidas que reduzam o período de pós-operatório e de internamento hospitalar, sem comprometer a segurança dos doentes, incluindo o recurso a cirurgia minimamente invasiva; bom controlo analgésico; nutrição precoce; e um programa de gestão e alta eficiente (BPC).

Os doentes submetidos a cirurgia de ambulatório devem ser avaliados pela equipa cirúrgica, com recurso a teleconsulta e meios telemáticos, às 24 horas, 7.º dia e 14.º dia, excepto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível (BPC).

O POLITRAUMATIZADO E A COVID-19

Todos os doentes politraumatizados devem ser considerados potencialmente infectados e, portanto, devem ser tomadas as medidas extremas de protecção individual ⁽³¹⁾:

- Casaco impermeável;
- Vidros;
- Sapatos impermeáveis;
- Luvas.

Este EPI deve ser mantido durante todos os cuidados com o doente, como na transferência para a sala de tomografia, bloco operatório ou outra unidade.

O pessoal da equipa de trauma deve ser minimizado e deverá realizar o processo assistencial desde a triagem, de modo a:

- Diminuir a disseminação do vírus entre os profissionais de saúde.
- Minimizar o risco de transmissão para o doente, a partir de profissionais de saúde assintomáticos.
- Reorganizar os horários e as equipas, antevendo o risco de cansaço e de adquirir a doença, o que poderá afectar o desempenho e a oferta de número adequado de profissionais.

20. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO

Recomenda-se que o internamento dos doentes com COVID-19 seja feito em locais com as seguintes características, na seguinte prioridade:

- 1) Idealmente, isolamento em quarto individual com pressão negativa com adufa, casa de banho privativa e sistema de ventilação adequado com capacidade para 6-12 renovações de ar/hora ^(2,22,31)(BPC);
- 2) Uma vez esgotados estes recursos, recomenda-se que os doentes sejam isolados em quarto individual com sistema de ventilação com capacidade para 6-12 renovações de ar/hora ^(2,22,31)(BPC);

- 3) Quando não estiverem disponíveis quartos individuais de isolamento, recomenda-se isolamento em coorte, respeitando uma distância mínima superior a 1 metro entre as unidades dos doentes ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se restrição de visitas a todos os doentes e limitação do número de profissionais em contacto com o doente (idealmente com profissionais dedicados), independentemente do local de isolamento ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se que todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados clínicos apliquem precauções universais, precauções de contacto e precauções de gotículas. Estas incluem a utilização de EPI específico, descartável (de uso único) e impermeável: bata, máscara cirúrgica, protecção ocular, botas e luvas limpas ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se a aplicação de precauções de via aérea durante a prestação de cuidados clínicos potencialmente geradores de aerossóis (p.ex. entubação traqueal, aspiração de secreções, broncoscopia). Estas incluem a utilização de EPI específico, descartável (uso único) e impermeável: bata (com punhos que apertem ou com elásticos e que cubra até ao meio da perna ou tornozelo), touca, máscara FFP2, N95 ou equivalente (com adequado ajuste facial), protecção ocular (com protecção lateral), luvas, preferencialmente de nitrilo (com punho acima do punho da bata), e protecção de calçado (idealmente sapatos impermeáveis e de uso exclusivo nas áreas de isolamento ou, opcionalmente, coberturas de sapato impermeáveis) ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se que o fato de protecção integral (impermeável, com capuz incorporado e protecção de pescoço) deve ser limitado a profissionais com treino e experiência prática na sua utilização ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se que a ordem e técnica para colocação e remoção do EPI sejam rigorosamente cumpridas, sendo que no procedimento de remoção deve existir cuidado adicional para evitar contaminação do próprio, dos outros e do ambiente ^(2,22,31)(BPC).

Recomenda-se que todos os profissionais de saúde tenham treino e experiência prática nos procedimentos para colocação e remoção do EPI previamente ao contacto com doentes ^(2,22,31)(BPC).

O processo clínico deve obedecer a princípios fundamentais como minimizar a circulação de papel e manter a segurança na comunicação, pelo que, recomenda-se que os registos clínicos (p.ex. nota de admissão, diários clínicos, registos de interconsultas e notas de alta) sejam informatizados e arquivados em pastas, organizadas e actualizadas, acessíveis a partir do ambiente de trabalho do computador disponível na área COVID (BPC).

Recomenda-se que os pedidos de análises e exames complementares de diagnóstico sejam informatizados e enviados por email ou outro meio informático. Devem os serviços

receptores (Laboratório e Radiologia) ser informados por telefone do envio da solicitação (BPC).

Recomenda-se que a Farmácia Unidose aceda às prescrições dos doentes internados, uma vez que, para minimizar a circulação de papel, não devem circular pastas de pedidos para preparar a Unidose (BPC).

21. SAÚDE OCUPACIONAL E RISCO DE EXPOSIÇÃO À COVID-19

INTRODUÇÃO

Segundo o conhecimento actual, o novo coronavírus transmite-se durante contacto próximo com pessoas com COVID-19, através de gotículas respiratórias produzidas durante a tosse, espirro ou fala e ainda, por contacto das mãos com superfícies ou objectos contaminados com SARS-CoV-2, seguido de contacto com boca, nariz e olhos.

Em unidades de tratamento de doentes com COVID-19, o SARS-CoV-2 pode transmitir-se através de gotículas respiratórias (partículas superiores a 5 micras), por contacto directo com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou superfícies contaminadas por estas, e ainda por via aérea (partículas inferiores a 5 micras) em procedimentos geradores de aerossóis.

Os profissionais de saúde que cuidam dos doentes com COVID-19 são um grupo de risco e devem ser protegidos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a COVID-19 como doença ocupacional em profissionais de saúde, após contacto com o vírus no local de trabalho, e o direito a compensação e recuperação. A CSE e os profissionais devem adoptar medidas preventivas para minimizar a exposição e o risco de contágio: identificar riscos e melhorar práticas de controlo de infecção, fazer formação e usar equipamentos de protecção colectiva e individual.

PARTICIPAÇÃO DE CONTÁGIO OCUPACIONAL

Em Angola é obrigatória a participação de acidentes de trabalho (AT) e doenças profissionais (DP) e a transferência para seguradoras da responsabilidade dos custos dos mesmos. Os trabalhadores da CSE estão segurados ⁽⁵²⁾.

Todos os casos suspeitos ou confirmados de contágio ocupacional são comunicados de imediato por telefone, email ou pessoalmente à Direcção da Clínica, ao Centro Médico do Trabalhador e ao Gabinete de Saúde Ocupacional.

A comunicação da suspeita de contágio de COVID-19 não significa aceitação, de imediato, pela direcção da Clínica ou empresa seguradora, do reconhecimento de doença profissional ⁽⁵²⁾.

Aos profissionais com suspeita de contágio ocupacional, aplica-se o procedimento já habitual de comunicação de AT e DP, com o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o seu envio ao Gabinete de Saúde Ocupacional (GSO). Caso o

Caso o profissional seja um caso confirmado (com teste positivo) e esteja estabelecido onexo causal entre a exposição ocupacional e a doença, o GSO participa o contágio à seguradora (envia dados de identificação pessoal, agregado familiar, salário, tipo, duração e local da exposição, informação clínica, laboratorial e epidemiológica). Após análise, a seguradora confirma ou não a doença profissional.

GESTÃO DE CASOS DE COVID-19 EM PROFISSIONAIS

Com vista à gestão de casos de profissionais de saúde expostos ao vírus da COVID-19, a Direcção da Clínica cumpre as orientações do Ministério da Saúde de Angola, em articulação com o Gabinete de Vigilância Epidemiológica, Unidade de Internamento de COVID-19, Centro Médico do Trabalhador e Gabinete de Saúde Ocupacional da CSE: interrupção da actividade, testagem, isolamento ou internamento, monitorização de sinais e sintomas, seguimento de contactos e apoio psicossocial.

- É avaliado o grau de risco de exposição ocupacional, identificam-se não conformidades, protegem-se de imediato o profissional e terceiros e tomam-se medidas para reduzir a exposição, prevenir e melhorar o controle da infecção.
- É preenchido o formulário do MINSA: “Lista de verificação de factores de risco associados à exposição dos profissionais de saúde na transmissão da COVID-19”, ferramenta que auxilia na avaliação e classificação de risco. O original é entregue ao MINSA e são enviadas cópias ao Centro Médico do Trabalhador e Gabinete de Saúde Ocupacional.
- É preenchida a “Ficha de Registo Ocupacional – COVID-19, 00132_DR_GSO” que integra informação epidemiológica, de risco de exposição, clínica e de testagem do profissional. Os dados são obtidos a partir de registos internos e/ou entrevista telefónica, pelo Centro Médico do Trabalhador. Este acompanha a situação do profissional até à alta, em articulação com o GSO.
- No regresso ao trabalho, no Centro Médico do Trabalhador da CSE, é preenchida a “Declaração de Regresso ao Trabalho 00134_DR_GSO, em conjunto com o trabalhador).

ATENDIMENTO MÉDICO AO PROFISSIONAL DA CSE ENQUANTO DURAR A PANDEMIA

- Com vista a garantir o fluxo e atendimento correctos aos profissionais, estes, antes de saírem de casa deverão ligar para o número da CSE- 931 878 841, do Centro Médico do Trabalhador, expor a sua situação clínica e aguardar orientação médica.

- Os profissionais com acidentes de trabalho são observados no Atendimento Permanente. O profissional deverá contactar os terminais telefónicos do Gabinete de Saúde Ocupacional: 948112096, 949423489 e 926478459 para seguimento dos procedimentos de acidentes de trabalho.
- As emergências por acidentes graves, de percurso ou outros deverão ser comunicadas ao Enf. Supervisor, 941907024, para orientação e criação de condições de atendimento.

RECOMENDAÇÕES A TODOS OS PROFISSIONAIS:

- Lave correcta e frequentemente as mãos sempre que tenha tocado em doentes, outras pessoas, documentos, processos, maçanetas, corrimões, botões dos equipamentos do serviço, teclado do computador, mesas, telemóvel;
- Use solução de álcool gel na impossibilidade da lavagem das mãos;
- Lave as mãos antes e depois do uso do relógio biométrico;
- Ao tossir e espirrar, faça-o para o antebraço ou lenço de papel e NUNCA para as mãos;
- Evite tocar na boca, nariz e olhos;
- Mantenha distância de 2 metros de qualquer pessoa;
- Evite abraços e beijos e adote um comportamento sem contacto físico, mas, com um sorriso no rosto;
- Mantenha o ambiente de trabalho limpo e, se possível, arejado;
- Utilize máscaras faciais e os outros EPI de acordo com o que está regulamentado;
- Cumpra as regras de distanciamento no refeitório e na cafetaria, mantenha a distância de segurança marcada no piso e o número de pessoas estipulado por mesa.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE CONTACTO PRÓXIMO - RISCO DE EXPOSIÇÃO ^(18,32)

A seguir indica-se uma classificação de risco de exposição:

ALTO RISCO DE EXPOSIÇÃO

Pessoa com:

Coabitação com caso confirmado de COVID-19;

Exposição associada a cuidados de saúde, incluindo:

- Prestação directa desprotegida de cuidados a doentes de COVID-19 (sem uso de EPI adequado à actividade assistencial) **OU** contacto, através das mucosas, com fluidos orgânicos de doente infectado com SARS-CoV-2

OU contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras de SARS-CoV-2;

Contacto físico directo (aperto de mão) com caso confirmado de COVID-19 ou contacto com secreções contaminadas com SARS-CoV-2;

Contacto em proximidade (frente a frente) ou em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19 (p.ex. gabinete, sala de aulas, sala de reuniões, sala de espera), a uma distância até 2 metros durante mais de 15 minutos;

Viagem com caso confirmado de COVID-19:

Numa aeronave:

- Sentado até 2 lugares para qualquer direcção em relação ao doente (2 lugares a toda a volta do doente);
- Companheiros de viagem do doente;
- Prestação directa de cuidados ao doente;
- Tripulantes de bordo que serviram a secção do doente;
- Se doente com sintomatologia grave ou com grande movimentação dentro da aeronave, todas as pessoas são contacto próximo.

Num navio:

- Companheiros de viagem do doente;
- Partilha da mesma cabine com o doente;
- Prestação directa de cuidados ao doente;
- Tripulantes de bordo que serviram a cabine do doente;

A Autoridade de Saúde pode considerar como contacto próximo, outras pessoas não definidas nos pontos anteriores (avaliado caso a caso).

BAIXO RISCO DE EXPOSIÇÃO (contacto casual)

- Profissional de saúde com exposição a doente com Covid-19 **SEM** prestação de cuidados directos e sem uso de EPI

Pessoa com:

- Contacto esporádico (em movimento/circulação) com caso confirmado de COVID-19
- Contacto frente a frente a uma distância até 2 metros E durante menos de 15 minutos;
- Contacto em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19, a uma distância superior a 2 metros OU durante menos de 15 minutos.

VIGILÂNCIA DO PROFISSIONAL – UNIDADE COVID

Os profissionais que estão na linha da frente da prestação de cuidados a doentes com COVID-19 devem cumprir as regras do serviço, usar o equipamento de protecção individual normalizado

e realizar a auto monitorização diariamente, para identificar sintomas sugestivos de COVID-19: medir e registar a temperatura e confirmar a ausência de sintomas de COVID-19.

22. SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO - O PAPEL DO GABINETE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Recomenda-se a consulta às Normas do Sistema de Notificação Obrigatória de Doenças, divulgadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da DNSP, que envolvem o preenchimento obrigatório do Formulário de Investigação de Casos de Coronavírus, 2019-nCoV.

23. INDICADORES

Recomenda-se que a Direcção monitorize com periodicidade mensal os indicadores apresentados no quadro 21, abaixo (BPC).

Quadro 21 Proposta de indicadores para monitorizar

Distribuição por idades (em meses para os lactentes e em anos para os restantes grupos etários)	
Distribuição por sexo	Masculino Feminino
Distribuição pela gravidade clínica da COVID-19	Assintomático Sintomatologia Leve Sintomatologia Moderada Sintomatologia Grave Sintomatologia Crítica
Tempo médio de internamento por COVID-19 (dias)	
Taxa de Mortalidade Hospitalar por COVID-19 (%)	
Tempo médio de ventilação mecânica (dias)	
Nº de doentes operados	
Nº de doentes com TSR	
Taxa de contaminação entre profissionais de saúde (%)	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report–1. 2020.
- Ministério da Saúde. NORMAS DE ORIENTAÇÃO PARA GESTÃO DE CASOS DE COVID-19 NAS UCI Luanda, Março. 2020.
- Republica de Angola. Comissão Interministerial para as Emergências. PLANO NACIONAL DE CONTINGÊNCIA PARA O CONTROLO DA EPI-DEMIA DE DOENÇA POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [citado 20 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://angolaturismo.ao/docs/PlanoNacionaldeContingenciaeEmergenciaCOVID-19.pdf>
- Clínica Sagrada Esperança. PLANO DE CONTINGÊNCIA E RESPOSTA À INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19). 2020.
- Sanders J. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020;
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020;5(4):536–44.
- World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance [Internet]. 2020 [citado 31 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report–11 [Internet]. 2020 [citado 24 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4
- World Health Organization. Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: Interim guidance [Internet]. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications/i/item/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–26 [Internet]. 2020 [citado 24 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200215-sitrep-26-covid-19.pdf?sfvrsn=a4cc6787_2
- Ministério da Saúde. Comunicado. 2020.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–52 [Internet]. 2020 [citado 24 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4
- Coronavirus Update (Live): 8,141,521 Cases and 439,713 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic - Worldometer [Internet]. [citado 1 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- República de Angola. MEDIDAS DE EXCEÇÃO E TEMPORÁRIAS PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLO DA PROPAGAÇÃO DA PANDEMIA COVID-19 [Internet]. Sec. I Série – N.º 36, Decreto Presidencial 82/20 26 de Março. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ao/Documents/tax/Tax%20News%20Flash/2018/Decreto%20Presidencial%20n.%C2%BA%2082-20,%20de%2026%20de%20mar%C3%A7o.pdf>
- República de Angola. DECLARAÇÃO DA SITUAÇÃO DE CALAMIDADE PÚBLICA AO ABRIGO DA PANDEMIA COVID-19. Sec. I Série – N.º 70, Decreto Presidencial n.º 142/20 25 de Maio.
- Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Brasil.; 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
- Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Intensive Care Med. Maio de 2020;46(5):854–87.
- Direção-Geral da Saúde. Doença pelonovo Coronavírus (COVID-19)– Nova definição de caso [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-002a2020-de-25012020-atualizada-a-250220201.aspx>
- World Health Organization. World Health Organization; 2020 [citado 24 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
- Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical–therapeutic staging proposal. J Heart Lung Transplant. 2020;39(5):405–7.
- Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Paiva JA, Gouveia J. OXIGENOTERAPIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO. :18.
- Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Gouveia J. RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA A ABORDAGEM DO COVID-19 EM MEDICINA INTENSIVA. :28.
- Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. JAMA. 9 de Junho de 2020;323(22):2249.
- Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Paiva JA, Gouveia J. DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO. :4.
- American College of Radiology. ACR Recommendations for the use of Chest Radiography and Computed Tomography (CT) for Suspected COVID-19 Infection [Internet]. 2020 [citado 1 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>
- Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Paiva JA, Gouveia J. TERAPÊUTICA ESPECÍFICA. :28.
- Sociedade Brasileira de Infectologia. INFORME DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS N.º 14: DEXAMETASONA NO TRATAMENTO DA COVID-19. 2020.
- Welcome – RECOVERY Trial [Internet]. [citado 19 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.recoverytrial.net/>
- Iba T, Levy JH, Warkentin TE, Thachil J, Poll T van der, Levi M. Diagnosis and management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. J Thromb Haemost. 2019;17(11):1989–94.
- Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. Maio de 2020;18(5):1094–9.
- World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: Interim guidance [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272420/retrieve>

32. Direção-Geral da Saúde. Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132020-de-21032020-pdf.aspx>
33. James MT, Dixon E, Roberts DJ, Barry R, Balint C, Bharwani A, et al. Improving Prevention, Early Recognition and Management of Acute Kidney Injury after Major Surgery: Results of a Planning Meeting with Multidisciplinary Stakeholders. *Can J Kidney Health Dis.* 8 de Julho de 2014;1:20.
34. Marik PE, Taeb AM. SIRS, qSOFA and new sepsis definition. *J Thorac Dis.* Abril de 2017;9(4):943–5.
35. Faria S. Viver Enfermagem em Cuidados Intensivos: ESCALAS DE SEDAÇÃO/AGITAÇÃO... RASS e RAMSAY [Internet]. Viver Enfermagem em Cuidados Intensivos. 2016 [citado 17 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://enfermagemcuidadosintensivos.blogspot.com/2016/04/escalas-de-sedacaoagitacao-rass-e-ramsay.html>
36. Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P, Busana M, Romitti F, Brazzi L, et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes? *Intensive Care Med.* Junho de 2020;46(6):1099–102.
37. The National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network*. Higher versus Lower Positive End-Expiratory Pressures in Patients with the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med.* 2004;10.
38. Atul M. Low-Tidal-Volume Ventilation in the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med.* 2007;8.
39. Emerson Lima, Gustavo Betônico, Américo Neto, Maria Ávila, Anderson Gonçalves, Ciro Costa. RECOMENDAÇÕES PARA DIÁLISE EM UTI PARA PACIENTES PORTADORES DE COVID-19: PELO COMITÉ DE NEFROINTENSIVISMO [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/26/20_RECOMENDACOES_PARA_DIALISE_EM_UTI_PARA_PACIENTES_PORTADORES_DE_COVID.pdf
40. Ministério da Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. 2009.
41. European Resuscitation Council. European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines.
42. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, Riggs BJ, Ross CE, McKiernan CA, et al. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatr* [Internet]. 11 de Maio de 2020 [citado 17 de Junho de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2766037>
43. World Health Organization, editor. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition, 2013 edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 412 p.
44. Nem Kawasaki, nem Choque Tóxico. Esta é a síndrome que afeta crianças com covid - DN [Internet]. [citado 17 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/nem-kawasaki-nem-choque-toxico-esta-e-a-sindrome-que-afeta-criancas-com-covid-12179669.html>
45. Asociación Española de Pediatría. DOCUMENTO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CONINFECCION POR SARS-CoV-2 [Internet]. 2020 [citado 30 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.analesdepediatria.org/contenidos/pdf/Recomendaciones_pediaticas_Covid1.pdf?4
46. Colégio Angolano de Ginecologia e Obstetrícia. COVID-19: Orientações na gravidez, no parto e no puerpério. 2020.
47. Direção-Geral da Saúde. COVID-19 - Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/i026316.pdf>
48. Ferri W, Carvalheiro, C, Camelo Jr J, Celini F, Carnevale A, Paiva P, et al. PROTOCOLO NEONATOLOGIA-HCFMP-USP: Manejo do recém-nascido com SARS-CoV-2 ou COVID-19 [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340210779_PROTOCOLO_NEO-NATOLOGIA-HCFMP-USP_Manejo_do_recem-nascido_com_SARS-CoV-2_ou_COVID-19/link/5e7d482b299bf1a91b7f00c6/download
49. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2 [Internet]. Disponível em: https://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_seneo_sars-cov-2_version_6.0.pdf
50. Figueiredo RM, Paulo-SP S. Associação de Pediatria de São Paulo. :9.
51. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 17 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>
52. Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. 53/05 Ago 15, 2015.