

Secretaria de Estado da Saúde - SESAPI

**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO
COVID-19**

Teresina, 04/05/20

GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

José Wellington Barroso de Araújo Dias

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Florentino A. Veras Neto

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE E MUNICÍPIOS -
SUPAT

Herlon Cristenes Lima Guimarães

SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SUPAS

Alderico Gomes Tavares

DIRETORA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO A SAÚDE/DUVAS

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

DIRETORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA / DIVISA

Tatiana Vieira Sousa Chaves

DIRETOR DE UNIDADE DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR/DUDOH

Joselma Oliveira

DIRETOR DO INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA

José Noronha Vieira Júnior

DIRETOR DO LABORATORIO CENTRAL SAÚDE PÚBLICA/LACEN

Walterlene de Carvalho Gonçalves

COORDENADORA DE EPIDEMIOLOGIA

Maria Amélia de Oliveira Costa

Elaboração:

José Noronha Vieira Júnior

Bruno Ribeiro de Almeida

Fernando Antonio Costa Anunciação

Ivo Lima Viana

Sumário

<i>Secretaria de Estado da Saúde - SESAPI</i>	1
<i>PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO COVID-19</i>	1
<i>CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)</i>	4
<i>FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS COVID-19 NO ESTADO</i>	5
<i>CRITÉRIOS PARA COLETA DE EXAMES DIAGNÓSTICOS PARA COVID-19</i>	7
<i>PROPOSTA DE TRATAMENTO</i>	8
<i>ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO CLÍNICO:</i>	10
<i>RECOMENDAÇÕES PARA UTI:</i>	13
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</i>	14
<i>ANEXO I</i>	15
<i>ANEXO II</i>	16
<i>ANEXO III</i>	17

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

A OMS determinou que o código U07, reservado para casos emergenciais, deve ser utilizado para a COVID-19. Desse modo, serão considerados neste documento os subtipos deste código, segundo a **Tabela 1** a seguir:

Tabela 1- Códigos de CID-10 contemplados nas Diretrizes de COVID-19.

CID-10	Descrição
U07.1	Diagnóstico de COVID-19 confirmado por exames laboratoriais.
U07.2	Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.

Fonte: OMS, 2020.

Na falta do CID U07.1 na base de registro, o **CID B34.2 — Infecção por coronavírus de localização não especificada** — pode ser utilizado.

A **Tabela 2** a seguir conta com outros códigos que poderão ser utilizados a depender da situação do doente:

Tabela 2- Demais códigos de CID-10 relacionados que podem ser relacionados ao atendimento de pacientes com SRAG.

CID-10	Descrição
J12.8	Outras pneumonias virais.
A41.8	Outras septicemias especificadas.
A41.9	Septicemia não especificada.
R57.8	Outras formas de choque.
R57.9	Choque não especificado.
J80	Síndrome do desconforto respiratório do adulto.
U04.9	Síndrome respiratória aguda grave (SARS), não especificada.

Fonte: CID-10.

Os casos de COVID-19 são de notificação compulsória.

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS COVID-19 NO ESTADO

1. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INDICAÇÃO PARA ADMISSÃO EM UTI:

Investigar sempre sinais e sintomas de Tosse, Febre e Dispneia.

Seguir a descrição das situações especificadas abaixo:

SITUAÇÃO A	SITUAÇÃO B	SITUAÇÃO C
<ul style="list-style-type: none">• Frequência respiratória ≥ 30 rpm;• Uso de musculatura acessória;• Cianose central ou periférica;• Saturação $\leq 92\%$ com O_2	<ul style="list-style-type: none">• Saturação estável $\geq 92\%$ com O_2• Raio X com infiltrado pulmonar $\geq 50\%$ nas últimas 48h;• Leucopenia;• PCR muito elevado;	<ul style="list-style-type: none">• Choque = UTI

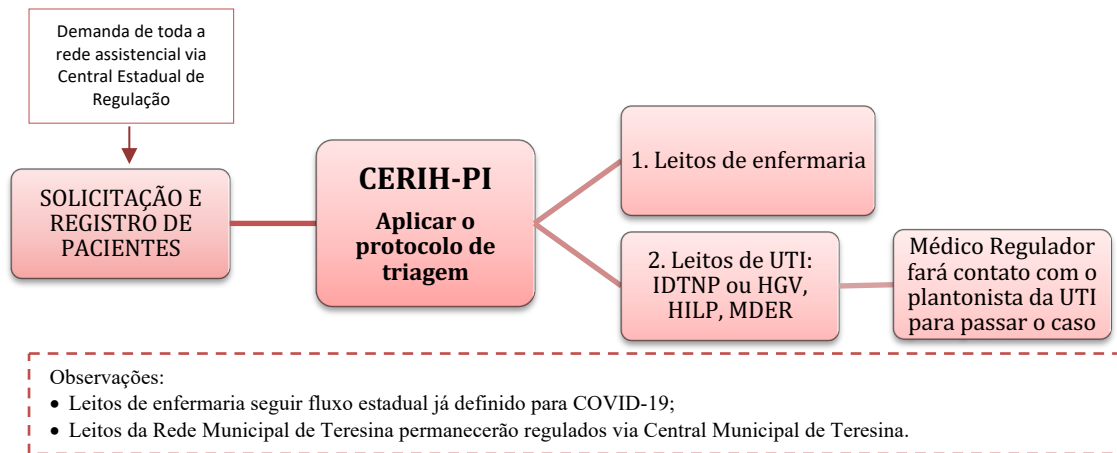
2. COMPLEXO REGULADOR DEVERÁ QUESTIONAR E REGISTRAR:

- Obrigatoriamente todos os parâmetros clínicos de regulação;
- Se Oxigenoterapia, qual suporte, volume administrado e tempo de uso;
- Se houve melhora da Saturação O_2 com o uso da oxigenoterapia;
- A presença de comorbidades;
- Investigar se há correlação da Insuficiência Respiratória Aguda com a Síndrome Gripal.
Excluir causas associadas a outras doenças: TEP, Insuficiência Renal, Distúrbios Metabólicos, entre outras.

3. ORIENTAÇÕES PARA O TRANSPORTE:

- Aporte de O_2 sempre por cateter ou máscara com reservatório. **NÃO USAR VENTURI ou VNI**;
- Lembrar o uso de EPI's de forma adequada para os procedimentos hospitalares e transporte de pacientes; bem como medidas de isolamento de aerossóis;
- Coletar o exame ainda no hospital de origem, se disponibilidade de material.
- Pacientes críticos regulados para UTIs devem, preferencialmente, ter a via aérea garantida (Intubação Orotraqueal – IOT) antes do transporte.

4. FLUXO DE REGULAÇÃO:



CRITÉRIOS PARA COLETA DE EXAMES DIAGNÓSTICOS PARA COVID-19

Considerando que em 20 de março de 2020 o Ministério da Saúde declarou através da PORTARIA nº 454 a transmissão comunitária ou sustentada do COVID-19 em todo o território nacional, alterando o contexto epidemiológico desta pandemia no que se refere à vigilância epidemiológica, a indicação para coleta de swab e análise de RT-PCR para SARS-CoV-2 será feita da seguinte maneira:

⇒ **Somente será coletada amostra para pacientes hospitalizados que apresentem Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);**

Definição de SRAG: Paciente apresentando **febre**, *mesmo que apenas referida*, acompanhada de **tosse** ou **dor de garganta** e que apresente **dispneia** ou **queda na SpO2 abaixo de 95%** em ar ambiente, **desconforto respiratório** ou **piora nas condições clínicas de doença de base** ou que **tenha evoluído a óbito** por quadro clínico compatível com SRAG;

ATENÇÃO:

- Não colher PCR COVID-19 em indivíduos assintomáticos;
- Não colher PCR COVID-19 em sintomáticos leves;
- Notificar devidamente os casos coletados com o correto preenchimento de informações no sistema de notificação e no GAL;
- **Em caso de óbito o swab de naso/orofaringe deve ser coletado em até 24h (período máximo);**

PROPOSTA DE TRATAMENTO

De acordo com o manual de tratamento do Ministério da Saúde a conduta será tomada tendo como base as características clínicas do paciente:

Tabela 1. Síndromes Clínicas associadas à infecção por 2019-nCoV

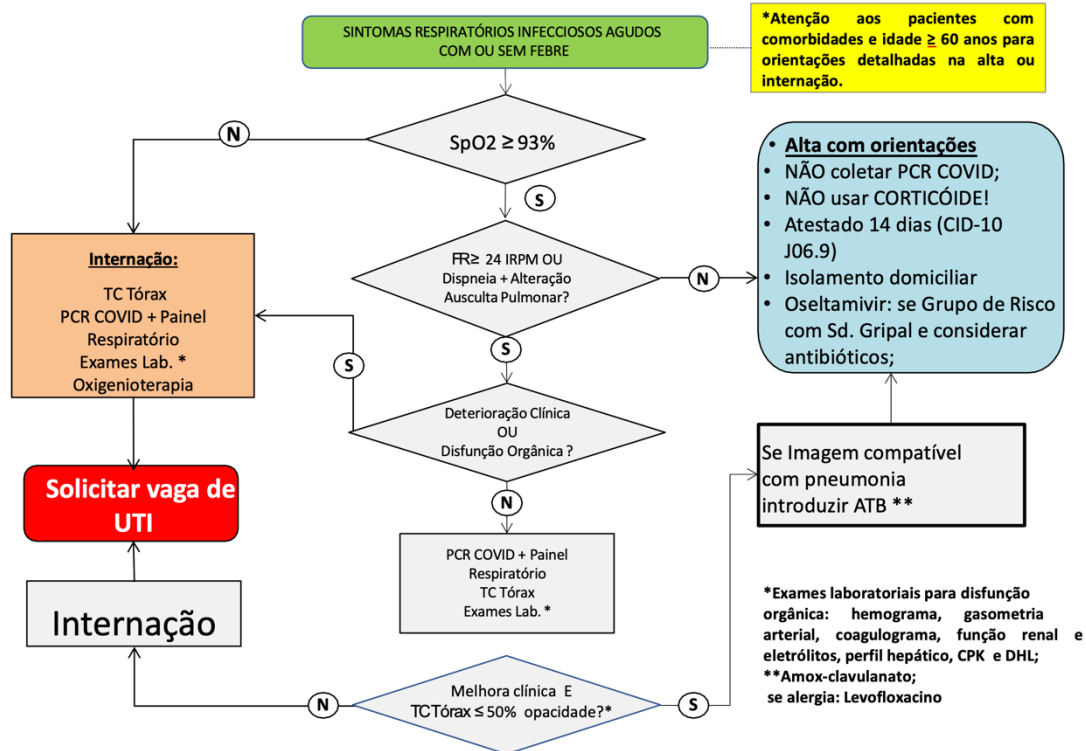
Doença não complicada	<p>Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispnéia, sepse ou disfunção de órgãos.</p> <p>Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia.</p> <p>Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico. Esses pacientes não apresentam sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar.</p>
Pneumonia sem complicações	<p>Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade.</p> <p>Criança sem pneumonia grave tem tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida:</p> <p><2meses: ≥60irpm 2 a 11 meses: ≥50irpm 1 a 5 anos: ≥40 irpm</p>
Pneumonia grave	<p>Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade:</p> <p>frequência respiratória > 30 incursões por minuto; dispnéia; SpO₂ < 90% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica.</p> <p>Crianças com tosse ou dificuldade de respirar ainda podem ter como critérios de gravidade:</p> <p>uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos; sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensorio (irritabilidade ou sonolência); convulsões.</p> <p>A frequência respiratória que denota gravidade em infantes dependerá da idade, a saber:</p> <p><2meses: ≥60irpm 2 a 11 meses: ≥50irpm 1 a 5 anos: ≥40 irpm</p> <p>O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem excluir complicações.</p>
Síndrome da Angústia Respiratória Aguda	<p>Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação; relação PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).</p>
Sepse	<p>Síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispnéia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.</p>
Choque Séptico	<p>Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.</p>

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. jan.2020

Observação 1: Pacientes com pneumonia sem complicações ou pneumonia grave – hospitalização imediata após medidas iniciais de isolamento e avaliação clínica, de acordo com a evolução respiratória e/ou hemodinâmica (primeiras 4 horas) após oxigenioterapia e hidratação. Avaliar necessidade de terapia intensiva (vide condições descritas no protocolo de influenza, disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf).

Pacientes com doença não complicada – hospitalização preferencialmente em leito de isolamento. Pacientes com comorbidades ou pertencentes a grupo de risco (vide influenza grupo) devem permanecer hospitalizados com avaliação clínica por pelo menos 24 horas para posterior encaminhamento domiciliar caso seja este o fluxo hospitalar de atendimento adotado.

Fluxograma Paciente >12 anos Suspeito para COVID-19 em Unidades de Pronto Atendimento



INTERNAÇÃO EM UTI:

O profissional de saúde DEVE solicitar vaga em UTI para pacientes com SARA, sepse ou choque séptico;
Em caso de necessidade de regulação ou transporte realizar a estabilização clínica do doente com IOT via sequência rápida de intubação (SRI) conforme protocolos vigentes da AMIB e ABRAMEDE;

Grupo de risco para complicações:

- Idade < 5 ou ≥ 60 anos;
- Doenças crônicas: HAS, DM, cardiopatias, neoplasias;
- Imunossuprimidos*;
- Obesidade;
- DPOC, TB pulmonar;
- Gestantes e puérperas;

OBS.: orientar vigilância dos sintomas nas próximas 48h caso paciente em grupo de risco seja liberado para o isolamento domiciliar;

ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO CLÍNICO:

(não é necessário aguardar o resultado do exame confirmatório)

Casos leves (doença não complicada):

- FR < 24 irpm E SpO₂ ≥ 93% em ar ambiente. Exame de imagem normal ou com alterações em < 50% dos campos pulmonares
- Não internar, não notificar, não coletar swab naso e orofaríngeo;
- Isolamento domiciliar por 14 dias (se for profissional de saúde, encaminhar para a realização de teste rápido a partir do 7º dia dos sintomas e notificar);
- Avaliar prescrição de Oseltamivir 75mg VO 2x ao dia por 5 dias caso haja condições de risco para complicações (**Anexo I**)
- Antibioticoterapia VO se quadro clínico e radiológico sugestivos de pneumonia;

Casos moderados:

- FR > 24 irpm E/OU SpO₂ < 93% em ar ambiente. Exame de imagem com alteração em ≥ 50% dos campos pulmonares. Relação PaO₂/FiO₂ > 300. Saturação ≥ 93% após oxigenioterapia;
- Internar em enfermaria/apartamento, notificar Serviço de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (SVEH), coletar swab naso e orofaríngeo;
- Suporte de oxigênio de acordo com a SpO₂. Preferência cateter nasal com baixo fluxo (até 5 L/min) ou máscara com reservatório. **Evitar máscara de Venturi, Ventilação Não Invasiva (VNI) e sistema de alto fluxo de O₂.**
- Oseltamivir 75mg VO 2x ao dia por 5 dias;
- Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Azitromicina 500mg VO 1x/dia ou Claritromicina 500mg VO 12/12h por até 7 dias;

Casos graves:

- FR ≥ 30 irpm E/OU SpO₂ < 93% mesmo com oxigenioterapia. Exame de imagem com alteração em >50% dos campos pulmonares. Relação PaO₂/FiO₂ < 300;
- Internar em UTI, notificar SVEH, coletar swab naso e orofaríngeo;
- Oseltamivir 75mg VO 2x ao dia por 5 dias;
- Ceftazidima 2g EV 8/8h + Azitromicina 500mg VO 1x/dia ou Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 6/6h;

USO DE HEPARINA:

- Não instituir anticoagulação plena com base em valores isolados de D-dímero;
- **Indicar anticoagulação plena apenas se evento tromboembólico confirmado;**
- Prescrever Heparina 5.000U SC de 8/8h (12/12h para pacientes com disfunção renal) para os casos moderados e graves, caso não haja plaquetopenia importante, coagulopatia ou manifestações hemorrágicas;

USO DE CORTICOTERAPIA:

- **Evitar nos casos leves e moderados;**
- Casos graves, com **ARDS moderada a severa** (Relação PaO₂/FiO₂ ≤ 200 com PEEP ≥ 10 cmH₂O e FiO₂ ≥ 50%) conforme recomendações da SCCM considerar **dexametasona 20mg/dia por 5 dias, seguido de 10mg/dia por 5 dias**. Considerar suspender esquema caso paciente seja extubado.
- **Opção AMIB:** Pacientes com **hiperinflamação** (ex.: aumento da ferritina, contagem decrescente de plaquetas ou aumento da proteína C-reativa, PCR): utilizar o **HScore** (<http://saintantoine.aphp.fr/score/>) para identificar subgrupo de pacientes que se beneficiariam da imunossupressão - para casos graves, sugere-se iniciar com uma dose de 40 a 80 mg/dia de metilprednisolona e diminuir gradualmente por 7 a 10 dias, outros casos menos graves, períodos mais curtos de 3 a 5 dias.

SOBRE O USO DA CLOROQUINA:

O uso da Hidroxicloroquina como terapia adjuvante de formas graves é disponibilizado pelo Ministério da Saúde a critério médico através da nota informativa nº5, conforme orientação da tabela abaixo:

Situação clínica	Recomendação	Considerações
Pacientes hospitalizados com formas graves da COVID-19* Casos críticos da COVID-19**	Difosfato de Cloroquina: 3 comp. de 150mg 2x/dia no 1º dia (900mg de dose de ataque) seguido de 3 comp. 150 mg 1x/dia no 2º, 3º, 4º e 5º dias (450mg/dia) OU Hidroxicloroquina: 1 comp. 400mg 2x/dia no 1º dia (800mg dose de ataque), seguido de 1 comp. 400 mg 1x/dia no 2º, 3º, 4º e 5º dias (400mg/dia)	Verifique o eletrocardiograma (ECG) antes do início, risco de prolongamento do intervalo QT. O risco é maior em pacientes em uso de outros agentes prolongadores do intervalo QT. Manter monitoramento do ECG nos dias subsequentes
*Dispnéia, frequência respiratória ≥ 30 /min, SpO ₂ $\leq 93\%$, PaO ₂ /FiO ₂ < 300 e/ou infiltração pulmonar $> 50\%$ dentro das 24 a 48 horas		
**Falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos		
*** Para pacientes abaixo de 60 kg, fazer ajuste de 7,5 mg/kg de peso.		

É importante destacar que sob consulta, o parecer conjunto do CRM-PI nº 01/2020 das Câmaras Técnicas de Infectologia e Medicina Intensiva conclui que:

“... muito embora os resultados da utilização da cloroquina sejam apenas experimentais, não havendo ainda evidências científicas comprovando a sua eficácia, o médico tem autonomia para prescrever cloroquina ou hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19.”

Para tanto, o médico deve estar ciente dos riscos e precauções que deve tomar quanto aos antecedentes do paciente em relação a doença cardíaca, retinopatias, maculopatias, insuficiência hepática, epilepsia ou hipersensibilidade à droga. Nesse sentido, os pacientes para os quais forem prescritas cloroquina ou hidroxicloroquina precisam ser monitorados quanto aos eventos adversos cardiovasculares e outros inerentes ao uso desses fármacos.

Quanto às informações ao paciente, o médico deve informá-lo de todas as possíveis complicações e efeitos colaterais, mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.”

Não obstante, o CFM liberou o parecer nº4/2020 a respeito do processo-consulta nº08/2020 realizando as seguintes considerações a respeito do uso da Cloroquina:

“Com base nos conhecimentos existentes relativos ao tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina, o Conselho Federal de Medicina propõe:

- a) Considerar o uso em **pacientes com sintomas leves no início do quadro clínico**, em que tenham sido descartadas outras viroses (como influenza, H1N1, dengue), e que tenham **confirmado o diagnóstico de COVID 19**, a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com o paciente, sendo ele obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da COVID 19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso;*

b) Considerar o uso em **pacientes com sintomas importantes**, mas ainda não com necessidade de cuidados intensivos, com ou sem necessidade de internação, a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com o paciente, sendo o médico obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da COVID 19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso;

c) Considerar o **uso compassivo em pacientes críticos** recebendo cuidados intensivos, incluindo ventilação mecânica, uma vez que é difícil imaginar que em pacientes com lesão pulmonar grave estabelecida, e na maioria das vezes com resposta inflamatória sistêmica e outras insuficiências orgânicas, a hidroxicloroquina ou a cloroquina possam ter um efeito clinicamente importante;

d) O princípio que deve obrigatoriamente nortear o tratamento do paciente portador da COVID-19 deve se basear na **autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente**, sendo esta a mais próxima possível, com o objetivo de oferecer ao doente o melhor tratamento médico disponível no momento;

e) Diante da excepcionalidade da situação e durante o período declarado da pandemia, **não cometerá infração ética o médico que utilizar a cloroquina ou hidroxicloroquina, nos termos acima expostos, em pacientes portadores da COVID-19.**

Essas considerações que serviram de base para as decisões do CFM basearam-se nos conhecimentos atuais, podendo ser modificadas a qualquer tempo pelo Conselho Federal de Medicina à medida que resultados de novas pesquisas de qualidade forem divulgados na literatura.”

Caso o exame seja negativo para COVID-19 suspender esquema de cloroquina;
Realizar ECG e dosagens de eletrólitos (K, Ca e Mg) antes de iniciar o uso da cloroquina e repetir conforme recomendações do ANEXO III;

ATENÇÃO:

Doses de Oseltamivir para crianças:

≤ 15kg: 30 mg VO de 12/12h por 5 dias;

15 a 23kg: 45mg VO de 12/12h por 5 dias;

24 a 40 kg: 60 mg a cada 12h por 5 dias;

> de 40 kg: 75 mg VO a cada 12h por 5 dias;

RECOMENDAÇÕES PARA UTI:

Cuidados para intubação:

- EPIs: avental impermeável, máscara N95, gorro, óculos ou protetor facial, luvas;
- Pré-oxigenação com máscara com reservatório ou AMBU, *sem apertar a bolsa*;
- IOT em Sequência rápida:
 - Fentanil 50-100mcg;
 - Etomidato 0,3mg/kg;
 - ou*
 - Ketamina 1,5-2,0mg/kg;
 - Succinilcolina 1mg/kg;
- Conectar imediatamente ao ventilador após insuflar o balonete do TOT;
- Confirmar a posição pela expansibilidade torácica e ausculta, se disponível utilizar curva de onda de capnografia. **Não utilizar o AMBU.**
- **Recomenda-se o uso do sistema de aspiração fechado.**

Ventilação protetora:

- Volume corrente: 4-6ml/kg;
- Pressão de platô < 30cmH₂O;
- Titular PEEP para SpO₂ de 88-90%;
- Considerar bloqueio neuromuscular para evitar assincronias;
- Posição prona quando a troca pulmonar < 150 e sem resposta ao recrutamento;
- Se acidose respiratória, aumentar FR para 30-35;

Ressuscitação cardiopulmonar (RCP):

- Não realizar nenhum procedimento sem a instalação prévia do EPI completo para toda a equipe (o mesmo kit com N95 utilizado para intubação);
- Deixar kits de EPIs no carrinho de parada;
- Evitar uso de AMBU, partir logo para intubação;
- Conectar o paciente ao ventilador com FiO₂ 100%, FR 10-12;

ATENÇÃO:

Estas recomendações serão atualizadas de acordo com novas orientações do Ministério da Saúde e demais órgãos superiores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



1. <https://rdvcu.gilead.com/>
2. Wang, M, Ruiyuan C, Leike Z et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Research* 2020 30;269-271.
3. Yao X, Fei Y, Miao Z, et al. In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis* 2020; <https://doi-org.proxy.lib.umich.edu/10.1093/cid/ciaa237>
4. Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *Biosci Trends* 2020 Feb 19 [Epub ahead of print]; doi:10.5582/bst.2020.01047.
5. Colson P, Rolain JM, Lagier JC et al. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. *Int J of Antimicrob Agents* (2020); <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105932>
6. Chu CM et al. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings. *Thorax* 2004; 59: 252–56
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Domiciliar. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Nota Informativa Nº 5/2020.
9. ANVISA. Nota Técnica sobre Cloroquina e Hidroxicloroquina. 2020.
10. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação geral de Informações e Análises Epidemiológicas - CGIAE. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis -DASNT. Nota Técnica Doença respiratória aguda devido ao novo coronavírus. Brasília, Março de 2020.
11. Conselho Federal de Medicina. **PROCESSO-CONSULTA CFM no 8/2020 – PARECER CFM no 4/2020.** <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>
12. AMIB. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.05/2020*
13. SCCM. Concise Critical Appraisal: Dexamethasone Use in the Treatment of ARDs. 10/03/2020. Available at <https://www.sccm.org/Blog/March-2020/Concise-Critical-Appraisal-Dexamethasone-Use-in-t>
14. Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2020 Mar;8(3):267-276. doi: 10.1016/S2213-2600(19)30417-5. Epub 2020 Feb 7.

ANEXO I



Condições de risco para complicações em casos de síndrome gripal com recomendação para uso de Oseltamivir, Ministério da Saúde, 2020.

CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES RECOMENDAÇÃO DO USO DE OSELTAMIVIR

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- Adultos \geq 60 anos.
- Crianças $<$ 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
- Indivíduos que apresentem:
 - › Pneumopatias (incluindo asma).
 - › Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
 - › Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica).
 - › Nefropatias.
 - › Hepatopatias.
 - › Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
 - › Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).
 - › Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
 - › Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide \geq 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa neoplasias, HIV/aids ou outros).
 - › Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC \geq 40 em adultos).

Fonte: Protocolo de Tratamento de Influenza. Ministério da Saúde 2017.

ANEXO II



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA A UTILIZAÇÃO DE CLOROQUINA OU HIDROXICLOROQUINA NO TRATAMENTO DA COVID-19

Eu, _____,
portador de RG nº _____, CPF
nº _____, declaro que fui devidamente informado
pelo(a) médico (a) _____ que a
cloroquina e a hidroxiclороquina não têm evidências científicas robustas que
comprovem sua eficácia no tratamento da COVID-19. **Expresso minha concordância
e espontânea vontade de submeter-me ao referido tratamento, estando ciente dos
riscos, efeitos indesejáveis e possíveis complicações relacionadas à medicação.**

Fui claramente informado a respeito das contraindicações e efeitos adversos:

Contraindicações: hipersensibilidade à droga, insuficiência hepática, retinopatia, maculopatia, miastenia gravis, psoríase, porfíria.

Efeitos adversos: hipoglicemia, opacificação da córnea, retinopatia, ceratopatia, visão borrada, agranulocitose, anemia aplástica, neutropenia, trombocitopenia, alterações emocionais, psicose, neuromiopia, ototoxicidade, convulsão, miocardiopatia, arritmias cardíacas, diarreia, anorexia, náusea, vômitos, epigastralgia, cólicas, cefaleia, prurido, alopecia, descoloração do cabelo e da pele, hiperpigmentação, coloração azulada das unhas, tontura, nervosismo, erupção cutânea, disfunção hepática.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido.

Reconheço que, nesse momento, estamos vivenciando uma situação de emergência de saúde pública mundial causada pela pandemia por COVID-19 e que recebi as informações acima baseadas em normas das autoridades de saúde.

Local e Data

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Registro no CRM

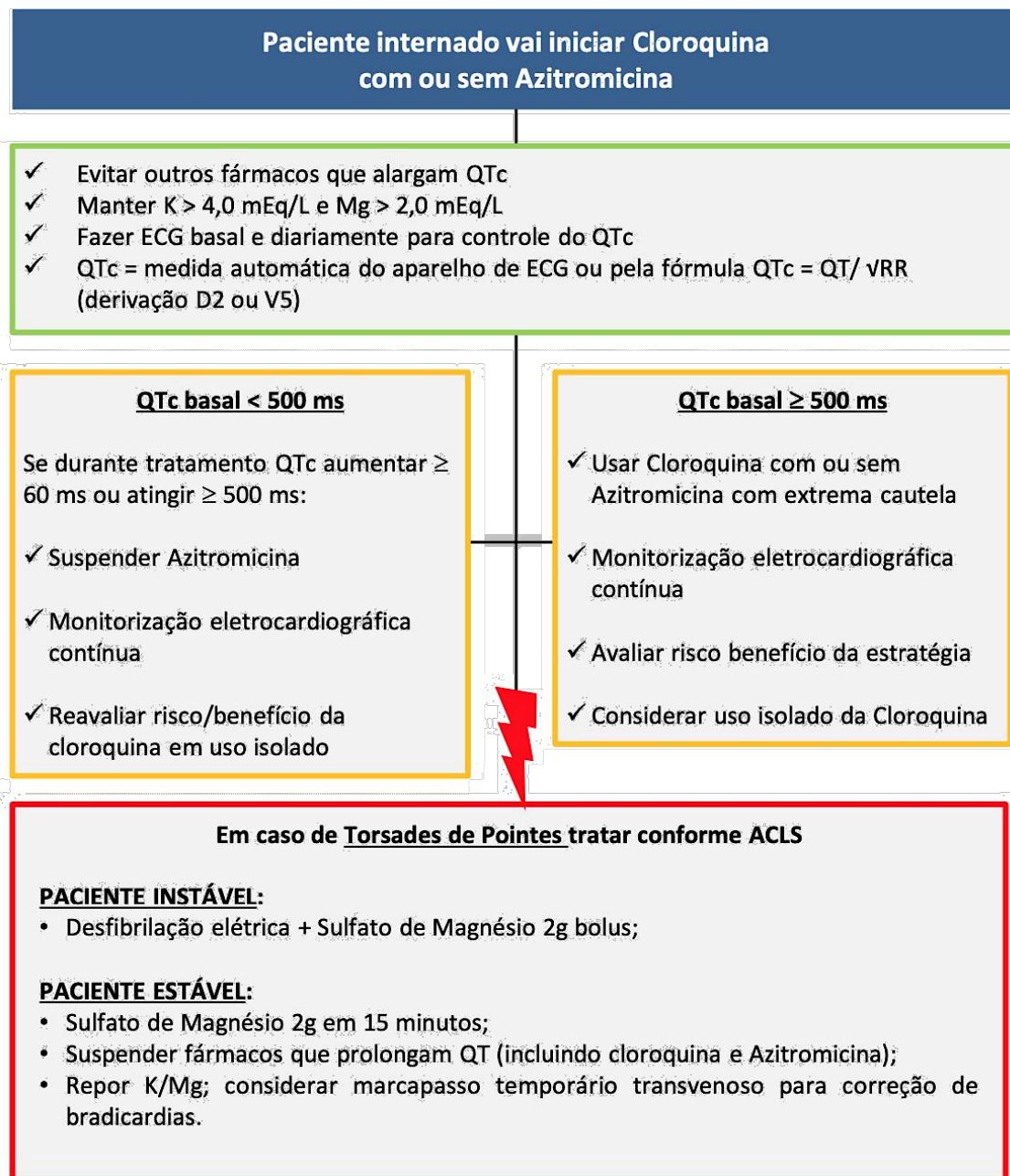
ANEXO III

Recomendações para prevenção de torsades de pointes em pacientes internados por COVID-19 tratados com Cloroquina com ou sem Azitromicina :

- ❖ **Evitar outros fármacos que alargam QT** que não sejam fundamentais no momento (revisar com farmacêutico).
- ❖ **Manter potássio > 4,0 mEq/L e magnésio > 2,0 mEq/L**, especialmente nos pacientes de maior risco para torsades de pointes.
- ❖ **Fazer ECG basal e diariamente** para controle do intervalo QT. O intervalo QTc deve ser medido nas derivações D2 ou V5. Sempre usar as mesmas derivações para análise comparativa do intervalo QTc. O QTc pode ser mensurado automaticamente pelo aparelho de ECG ou pela fórmula $QTc = QT / \sqrt{VRR}$.
- ❖ **QT corrigido basal (pré-tratamento) < 500 ms**: Se durante o tratamento houver prolongamento do QT corrigido > 60 ms em relação ao basal ou $QTc > 500$ ms, considerar suspensão da Azitromicina e de outros fármacos que prolongam QT. Reavaliar risco benefício da estratégia e considerar uso isolado da Cloroquina com extrema cautela e monitorização eletrocardiográfica contínua até normalização do QTc.
- ❖ **QT corrigido basal (pré-tratamento) > 500 ms**: Usar Cloroquina com ou sem Azitromicina com extrema cautela e monitorização eletrocardiográfica contínua; avaliar risco benefício da estratégia e considerar uso isolado da Cloroquina.
- ❖ **Em caso de torsades de pointes tratar conforme ACLS** (se paciente instável: cardioversão ou desfibrilação elétrica imediata + Sulfato de Magnésio 2g bolus; se paciente estável: Sulfato de Magnésio 2g em 15 minutos), interromper os fármacos que prolongam QT (incluindo cloroquina e Azitromicina), repor potássio/magnésio e considerar marcapasso temporário transvenoso para correção de bradicardias.

Fonte: protocolo clínico HIAE 2020;

Fluxograma 1- Monitorização do QTc para pacientes em uso de cloroquina:



Fonte: protocolo clínico HIAE 2020;