



OF. GABPREF/DALE Nº 183 /2020

Belo Horizonte, 21 /07/2020

Assunto: Resposta ao **Requerimento de Comissão nº 469/2020** – Vereador Pedrão do Depósito – encaminhado pelo ofício Of. DIRLEG Nº 1.467/20, de 01/07/2020.

Senhora Presidente,

Reporto-me ao Requerimento de Comissão nº 469/2020, de autoria do Vereador Pedrão do Depósito, que solicita informações sobre aquisição de respiradores para serem disponibilizados nos Hospitais/UPAS do município para enfrentamento da COVID-19.

Consultada, Secretaria Municipal de Saúde emitiu resposta por meio Ofício SMSA/DTEL nº 0369/2020, conforme cópia anexa.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Guilherme de Souza Barcelos

Diretoria de Acompanhamento Legislativo em exercício
Gabinete do Prefeito

Excelentíssima Senhora
Presidente da Câmara Municipal
Vereadora Nely Aquino
CAPITAL



Ofício SMSA/DTEL n.º 0369/2020

Belo Horizonte, 16 de julho de 2020.

Assunto: Requerimento n.º 469/2020 CMBH.

Senhor Diretor,

Em atenção ao Requerimento n.º 469/2020 do Exmo. Sr. Vereador Pedrão do Depósito em que requer informações sobre aquisição de respiradores, disponibilização de leitos e uso de medicamentos específicos para enfrentamento ao coronavírus pela Prefeitura de Belo Horizonte. Informamos que a rede SUS-BH dispõe, no atual momento, de 1.055 leitos de UTI disponíveis à população - entre adulto, pediátrico e neonatal -, sendo 390 destacados para atendimento aos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), fundamentalmente a COVID-19, e 665 para as demais patologias. Em relação aos leitos clínicos de enfermaria, a rede possui 4.657 leitos, sendo 1.072 destinados ao enfrentamento do coronavírus.

Destaca-se que, dos 1.462 leitos destinados ao atendimento à pandemia, 625 leitos são novos e 837 leitos são remanejados, distribuídos conforme o quadro a seguir.

Quadro I – Distribuição de leitos por hospital, tipologia e situação na Rede SUS/BH

Hospital	Enfermaria		UTI	
	Novos	Remanejados	Novos	Remanejados
HOSPITAL SOFIA FELDMAN	10	-	10	-
HOSPITAL EVANGELICO DE BELO HORIZONTE	-	15	4	2
COMPLEXO HOSPITALAR SAO FRANCISCO	-	63	-	20
HOSPITAL FELICIO ROCHO	-	10	-	4
HOSPITAL JOAO XXIII	-	24	10	-
HOSPITAL INFANTIL JOAO PAULO II	-	61	-	8
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	249	20	65	25
HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	-	100	23	9
HOSP DAS CLINICAS DA UFMG	-	61	4	16
HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	6	26	10	11
HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES	-	44	20	10
HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS	-	65	5	28
HOSPITAL MADRE TERESA	3	-	5	-
ASSOCIACAO MARIO PENNA	59	-	30	-
HOSPITAL DA BALEIA	10	12	10	-
BIOCOR INSTITUTO	-	1	-	-
HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS	-	5	-	1
HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO	72	156	20	40
TOTAL	409	663	216	174

Fonte: Censo hospitalar diário. Compilação pela SMSA-BH. Atualizado em 14/07/2020.



Em relação aos respiradores, todos os que são atualmente utilizados já pertenciam à Rede SUS-BH, foram adquiridos pelos próprios hospitais ou disponibilizados por meio de articulações, não havendo gastos com estes aparelhos pela Prefeitura de Belo Horizonte.

Considerando a política de centralização dos processos de aquisição de respiradores no âmbito dos Governo Federal e Estadual, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) solicitou ao Estado respiradores para os hospitais que poderiam ampliar a oferta de UTI mas que não dispunham do equipamento para essa ampliação. Até o momento, a Secretaria de Estado de Saúde repassou para Belo Horizonte 48 respiradores, sendo 28 para Santa Casa de Belo Horizonte, 10 para o Hospital da Baleia e 10 para o Hospital Risoleta Tolentino Neves. Destaca-se que não há uma programação fixa de quantos respiradores ainda serão repassados para Belo Horizonte, cabendo à Secretaria de Estado de Saúde, no momento de disponibilidade de novos equipamentos, definir o critério e a distribuição mais adequada às necessidades do Estado.

Foram solicitados ainda, esta semana, 85 ventiladores invasivos à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Em relação à rede de urgência, são 40 aparelhos disponíveis, sendo 5 ventiladores portáteis doados por parcerias, e 17 fixos, doados pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou a capacidade de atendimento da CECOVID Centro Sul, criando 6 leitos semi-intensivos, com utilização de ventiladores cedidos pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Em relação aos medicamentos, encaminhamos, em anexo, o protocolo "Atendimento aos Pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – ênfase em Covid-19".

À disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Jackson Machado Pinto
Secretário
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Anexo: Protocolo: Atendimento aos Pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – ênfase em Covid-19

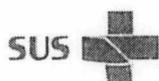
Ao Senhor
Guilherme Barcelos
Diretor de Acompanhamento Legislativo - DALE
Prefeitura de Belo Horizonte - PBH

PROTOCOLO

**ATENDIMENTO AOS
PACIENTES COM
SÍNDROME GRIPAL (SG) E
SÍNDROME RESPIRATÓRIA
AGUDA GRAVE (SRAG) –
ÊNFASE EM COVID-19**

JULHO DE 2020
VERSÃO 1

Bel Horizonte
Julho de 2020 - Versão 1



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**



PROTOCOLO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL (SG) E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) – ÊNFASE EM COVID-19

Elaboração

Gerência de Atenção Primária a Saúde - GEAPS

Gerência de Urgência e Emergência - GEURE

Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais - GAIFE

Diretoria de Assistência a Saúde - DIAS

Gerência da Rede Ambulatorial Especializada - GERAEE

Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde - DMAC

Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS

Gerência de Vigilância Epidemiológica - GVIGE

Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica em Saúde e Informação - DPSV

Diretoria de Vigilância Sanitária - DVSA

Subsecretaria de Promoção e Vigilância em Saúde - SUPVISA

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

Introdução	3
1 Como identificar um caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave?	3
2 Quem deve atender e como conduzir inicialmente um caso de suspeita de SG ou SRAG?	4
3 Quais as orientações de precaução devem ser adotadas enquanto o paciente com SG ou SRAG aguarda atendimento?	4
4 Quais os tipos de precauções devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento de um caso de SG ou SRAG?	5
5 Quais são as condições e fatores que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com SG?	7
6 Quais são os sinais/sintomas de piora do estado clínico ou de gravidade?	8
7 Qual exame deve ser realizado para diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus em pacientes com SG ou SRAG e quando solicitá-lo?	8
8 Como conduzir os casos de pacientes com SG ou SRAG?	9
9 Considerações sobre uso do antiviral (oseltamivir)	10
10 Considerações sobre o uso da cloroquina/hidroxicloroquina e outras medicações em estudo para tratamento de COVID-19	12
11 Quais são as orientações em relação à prevenção da influenza e da COVID-19?	14
Referências bibliográficas.....	15

ANEXOS

ANEXO I Manejo clínico dos pacientes adultos portadores ou suspeitos da COVID-19 nas Unidades de Pronto Atendimento	17
ANEXO II Telefones para notificação	22

Introdução

O contexto da pandemia de COVID-19 impõe grandes desafios aos profissionais da saúde que tratam de pacientes com essa condição. Esses profissionais convivem com a ausência de terapia específica comprovadamente eficaz, a incerteza de evolução clínica satisfatória, a intensa veiculação de informações e estudos (muitas vezes sem metodologia, análise e mesmo validação adequadas), além do receio de não oferecer terapia que em momento futuro se prove efetiva.

Existem estudos diversos em andamento, buscando determinar o papel de intervenções terapêuticas na evolução natural da doença. As orientações deste protocolo estão sujeitas a alterações decorrentes de novas evidências científicas, para as quais a SMSA se mantém vigilante e comprometida na publicação de mudanças, sempre que necessário.



Como identificar um caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave?

Deve-se suspeitar de **Síndrome Gripal (SG)** em indivíduos que apresentem doença respiratória aguda caracterizada por febre (mesmo que referida), associada a tosse ou dor de garganta; anosmia e ageusia são comuns e muito específicos na COVID19. A SMSA optou desde o início da pandemia em não considerar a presença de febre como manifestação obrigatória, tendo em vista publicações que mostraram se tratar de sintoma ausente em praticamente metade dos pacientes, mesmo no início da doença.

Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de SG aquelas que apresentem febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

Caracteriza-se como **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** o quadro de paciente com SG que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 95\%$ em ar ambiente), sinais de desconforto respiratório ou taquipneia, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou descompensação da doença de base. Também é considerado SRAG qualquer indivíduo com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal.

Em crianças, além dos itens anteriores também são considerados como sinais de SRAG a presença de desidratação, inapetência, cianose, tiragem intercostal e batimento de asas do nariz.

2 Quem deve atender e como conduzir inicialmente um caso de suspeita de SG ou SRAG?

A identificação de casos suspeitos de SG ou SRAG pode ser feita por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os critérios clínicos apresentados no item 1. Ao se identificar um caso suspeito, o profissional de saúde deve orientar o paciente em relação às medidas de precaução (vide item 3) e encaminhá-lo para atendimento médico.

Casos identificados como SRAG devem ter seu atendimento priorizado. Nos Centros de Saúde, o exame clínico, a avaliação da gravidade e a prescrição de medicamentos/medidas de conforto (analgésico/antitérmico, oxigenoterapia, broncodilatador) para uso na unidade, no aguardo do atendimento médico, podem ser realizados por enfermeiro, conforme Nota Técnica 01/14 “Prescrição e Medidas de conforto pelo enfermeiro nos Centros de Saúde”. O diagnóstico e prescrição de oseltamivir, antibióticos e outras medicações devem ser realizados por profissional médico.

3 Quais as orientações de precaução devem ser adotadas enquanto o paciente com SG ou SRAG aguarda atendimento?

Ao identificar um caso suspeito de SG ou SRAG, o profissional de saúde deve:

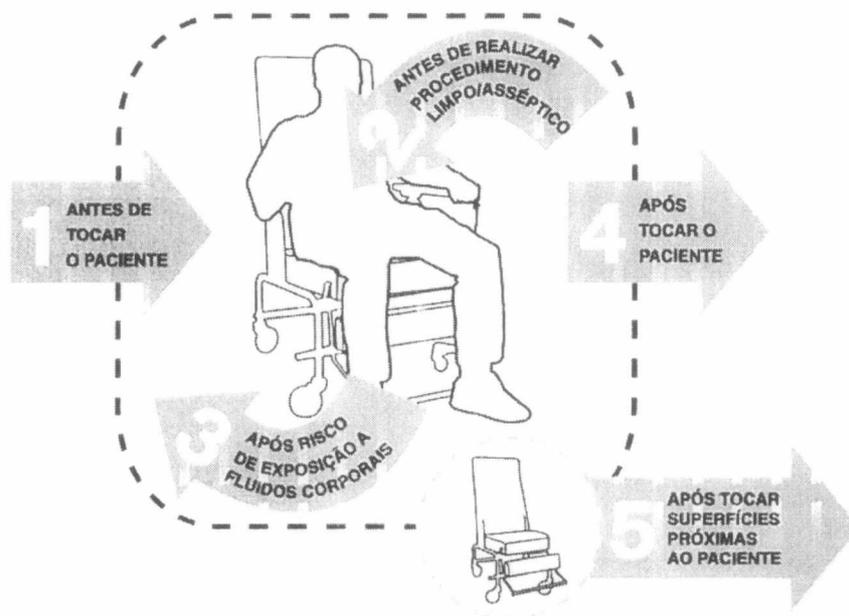
- Oferecer ao paciente uma máscara cirúrgica e orientar o seu uso correto, sempre que o paciente tolerar.
- Orientar o paciente a cobrir a boca quando tossir ou espirrar com toalha de papel ou com a fossa cubital do braço.
- Orientar o paciente a utilizar papel toalha ou lenço descartável para higiene nasal e descartar imediatamente na lixeira após o uso.
- Orientar higienização frequente das mãos (com água e sabão, ou com álcool gel 70%), especialmente após assoar o nariz, tossir ou espirrar.
- Orientar o paciente a permanecer em local ventilado, a uma distância de pelo menos um metro de outros pacientes, particularmente daqueles com condições ou fatores de risco, enquanto aguarda atendimento.
- Disponibilizar cartazes e materiais informativos com orientações sobre a etiqueta respiratória em locais estratégicos, como: áreas de recepção, salas de espera, áreas de convivência, etc.

4 Quais os tipos de precauções devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento de um caso de SG ou SRAG?

Devem ser adotadas medidas de precaução por contato e precaução para gotículas durante todo atendimento de pacientes com SG ou SRAG.

• Precaução por contato

- Higienização das mãos: lavar com água e sabonete ou friccionar as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) principalmente nos cinco momentos preconizados pela OMS:



- Capote descartável: deve ser usado na assistência direta aos pacientes com sintomas respiratórios (precaução de contato) para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional.
- Luvas de procedimento: devem ser utilizadas na assistência direta aos pacientes com sintomas respiratórios (precaução de contato), e também, conforme orientações anteriores padronizadas em protocolos e manuais da SMSA, quando houver risco de exposição ao sangue, secreções corporais, excreções e outros. Devem ser descartadas após o uso.
- Gorro: deve ser usado quando houver risco de exposição dos cabelos e cabeça ao sangue, secreções corporais, excreções e outros; também nas atividades onde há risco dos cabelos contaminarem o processo e nos procedimentos geradores de aerossol (precaução respiratória).
- Óculos ou protetor facial: devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, para proteção dos olhos e da face do profissional.

- **Precauções para Gotículas**

- Máscara cirúrgica: utilizar durante o atendimento e ao contato próximo (a menos de 1 metro de distância) com paciente. As máscaras cirúrgicas devem ser trocadas a cada 4 horas e também se estiverem molhadas ou danificadas. Durante o transporte do paciente, o profissional e o paciente devem usar a máscara cirúrgica. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após a sua retirada.

- **Precauções para Aerossóis**

- Máscara N95 ou PFF2: utilizar em procedimentos com risco de aerossóis: ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, intubação traqueal, aspiração de vias aéreas, cuidados em traqueostomia, ventilação não invasiva, fisioterapia respiratória, fibronasolaringoscopia, endoscopia, procedimentos odontológicos, micronebulização, indução de escarro, coleta de amostras nasotraqueais. Em situações com indicação de micronebulização, sugere-se avaliar o medicamento spray com espaçador como alternativa, o que também torna desnecessário o isolamento do paciente.

O uso racional de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) é fundamental neste momento, independente da esfera de atuação do profissional. É extremamente recomendável a identificação de equipe dedicada, exclusiva, ao atendimento dos casos suspeitos/confirmados de COVID-19, a fim de se reduzir o número de profissionais expostos. Por outro lado a equipe dedicada terá condições de ser melhor treinada, na prática e conceitualmente, quanto às medidas de biossegurança recomendadas de paramentação e desparamentação. Com a equipe exclusiva também há outro ponto interessante em relação ao uso racional dos EPIs, já que nem todos os itens necessitam troca entre um atendimento e outro: portanto o profissional pode otimizar o uso por exemplo da máscara, óculos, gorro, capote, estendendo sua viabilidade até o fim do expediente de trabalho.

São estas medidas de uso prolongado ou reutilização de EPI necessárias, de acordo com diversas diretrizes disponíveis da ANVISA e órgãos internacionais.

Já as luvas, o profissional deverá descartar na lixeira logo após o atendimento de cada paciente.

Devido à dificuldade atual de aquisição/fornecimento de máscaras cirúrgicas e N95/PFF2, a grande maioria das instituições têm recomendado uso prolongado – de ambos os tipos de máscaras – e até repetido das máscaras N95/PFF2.

- Quanto à máscara cirúrgica, sugere-se substituir a cada 4 horas de uso contínuo ou quando úmida ou apresentar sujidade visível. A máscara cirúrgica uma vez retirada deverá ser descartada: isto é, não será reutilizada.
- A N95/PFF2 pode ser submetida a uso prolongado e também reutilizada, caso sejam obedecidas as seguintes orientações. A retirada deverá ocorrer apenas em casos de necessidades especiais: para se alimentar, tomar água, pausas intrajornada. No contexto da pandemia, a reutilização deste EPI poderá ocorrer durante o período máximo de 5 dias de trabalho para os profissionais das UPA e SAMU e 15 dias de trabalho para os demais serviços; em menor período, se estiver visivelmente suja, molhada, danificada ou rasgada, quando os elásticos não oferecerem a pressão necessária para a fixação à cabeça. Para uso prolongado e/ou reutilização, indica-se higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento antes da reco-

6 Quais são os sinais/sintomas de piora do estado clínico ou de gravidade?

- Dispneia ou taquipneia.
- Hipoxemia (saturação O₂ < 95%).
- Exacerbação de doença pré-existente (ex: DPOC ou cardiopatia).
- Disfunções orgânicas graves (ex: insuficiência renal aguda).
- Miosite comprovada por dosagem de creatinofosfoquinase.
- Alteração do sensório/confusão mental.
- Exacerbação de sintomas gastrointestinais em crianças.
- Hipotensão arterial.
- Desidratação.
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias.

7 Qual exame deve ser realizado para diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus em pacientes com SG ou SRAG e quando solicitá-lo?

A realização de exame para diagnóstico etiológico está indicada para qualquer paciente com SRAG ou SG, conforme situações descritas abaixo. O exame adequado na fase aguda, até o sétimo dia de sintomas (ideal coleta entre 3 a 5 dias) é o **RT-PCR** em amostra de secreção nasofaríngea ou traqueal, em pacientes intubados. Alguns estudos referem boas chances de ainda se isolar material genético viral até a terceira semana de sintomas nos casos graves.

Na Rede SUS BH o exame molecular é ofertado para todos os usuários com SRAG (coletas realizada pelas equipes EMAD em em UPAS e hospitais, sendo que alguns hospitais fazem suas próprias coletas e encaminham à FUNED) e com SG em: profissionais de saúde, idosos em ILPI e seus cuidadores, população em situação de rua, indígenas, população privada de liberdade, nefropatas em tratamento dialítico, adolescente cumprindo medidas socioeducativas ou em investigação de surtos, de acordo com a avaliação da Vigilância Epidemiológica.

Após 8 dias de sintomas, os **testes sorológicos** são os mais recomendados e são utilizados na rede SUS-BH nas situações de surto, em inquéritos epidemiológicos e situações específicas, de acordo com a avaliação do CIEVS-BH.

Todas as indicações e fluxos do exame molecular e teste rápido estão publicadas e atualizadas em notas técnicas no site da PBH (<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>).

Neste momento, não há coletas de swab para RT-PCR em Centros de Saúde.

Para orientações sobre a solicitação de coleta, deve-se fazer contato com as Gerências Regionais de Assistência, Regulação e Epidemiologia (GAEREs), de segunda a sexta-feira de 8 às 18 horas, ou com o plantão do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-BH), após as 18 horas, finais de semana e feriados (vide telefones no anexo II).

9 Considerações sobre uso do antiviral (oseltamivir)

Pelo diagnóstico diferencial de COVID-19 com influenza, o tratamento com oseltamivir deve ser realizado em todos os casos de SRAG e nos casos de SG que apresentarem algum fator de risco. O início do tratamento deve ocorrer nas primeiras 48 horas de sintomas.

É importante lembrar que a indicação do tratamento independe de vacinação prévia e que, em pacientes com condições e fatores de risco para complicações e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

A critério clínico, o tratamento pode ser prolongado em pacientes imunossuprimidos, com doença grave ou prolongada, especialmente quando comprovado por exame virológico de amostras respiratórias do trato inferior a persistência do vírus.

Para liberação do antiviral, é necessária apenas a receita médica em duas vias. Nos casos de prolongamento de tratamento, além da receita deve ser encaminhada a justificativa médica.

Tabela 1 - Dosagem em pacientes ≥ 1 ano de idade.

Peso	Dose	Frequência
≤ 15 kg	30mg	12/12 horas, 5 dias
De 15 a 23 kg	45mg	12/12 horas, 5 dias
De 23 a 40 kg	60mg	12/12 horas, 5 dias
Acima de 40 kg	75mg	12/12 horas, 5 dias
Adultos	75mg	12/12 horas, 5 dias

Tabela 2 - Dosagem em pacientes < 1 ano de idade.

Peso	Dose	Frequência
RN Pré-Termo	1mg/kg	12/12 horas, 5 dias
RN com IG 38 a 40 semanas	1,5mg/kg	12/12 horas, 5 dias
RN com IG > 40 semanas	3mg/kg	12/12 horas, 5 dias
1 a 8 meses	3mg/kg	12/12 horas, 5 dias
9 a 11 meses	3,5mg/kg	12/12 horas, 5 dias

Tabela 1 - Recomendações para ajustes de doses na insuficiência renal

Comprometimento renal/ clearance de creatina	Tratamento 5 dias	Profilaxia 10 dias
Leve Clearance > 60-90ml/min	75mg 12/12 h	75mg 1 vez ao dia
Moderado Clearance > 30-60ml/min	30mg 12/12 h	30mg 1 vez ao dia
Severo Clearance > 10-30ml/min	30mg 1 vez ao dia	30mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10ml/min	30mg após cada sessão de hemodiálise*	30mg após cada sessão alternada de hemodiálise
Pacientes em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial - DPCA Clearance ≤ 10ml/min	Única dose de 30mg administrada imediatamente após troca da diálise	30mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, um período de cinco dias, serão realizados três sessões.

**Serão duas doses de 30mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas duas sessões de diálise.

Fonte: CDC adaptado

Apresentações do oseltamivir

- Cápsulas de 75 mg
- Cápsulas de 45 mg
- Cápsulas de 30 mg

Diante da necessidade de administração de oseltamivir em crianças, abrir a cápsula e diluir seu conteúdo em água. No caso de utilização da cápsula de 75 mg, diluir em 7,5 ml de água gerando solução na concentração de 10 mg/ml (para crianças menores de um ano podem ser utilizados outros volumes de diluição para facilitar o cálculo da dose). Administrar volume de solução equivalente à dose preconizadas nas tabelas 1 e 2. O restante da solução preparada para cada dose deve ser desprezado, não podendo ser reaproveitado para a próxima dose.

Exemplo: Criança de 20 kg deverá receber 45 mg de oseltamivir, de 12/12 horas. Se houver disponibilidade da cápsula de 45mg, abrir a cápsula, diluir todo o seu conteúdo em 7,5 ml de água e administrar toda a quantidade da solução. Se houver disponibilidade apenas da cápsula de 75 mg, diluir todo o conteúdo em 7,5 ml de água, obtendo uma concentração 10 mg/mL, e administrar 4,5 ml desta solução a cada 12 horas.

Os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas e vômitos (preferir administração após alimentação), dor abdominal, diarreia, cefaleia, conjuntivite. Entre os efeitos menos frequentes encontram-se alterações de comportamento que podem levar a delirium (principalmente em crianças e jovens), hepatite, arritmias, distúrbios visuais, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

10 Considerações sobre o uso da cloroquina/ hidroxicloroquina e outras medicações em estudo para tratamento de COVID-19

Visando apoiar as equipes de saúde de Belo Horizonte e mantendo o propósito de ofertar atendimento pautado em evidências científicas e desta forma buscar efetividade, eficiência, eficácia e segurança nos tratamentos prestados aos nossos usuários, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte segue as atuais recomendações da OMS – Organização Mundial de Saúde relacionadas a não indicação de tratamentos medicamentosos específicos para COVID-19 em pacientes com formas leves da doença, nem tampouco com a finalidade de evitar sua instalação, em função da ausência de evidências científicas até este momento.

Em consonância com tal fato seguem recomendações mais recentes e abrangentes que coadunam com a posição da SMSA:

- **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (29/6/2020)**
<https://sbpt.org.br/portal/sbpt-profilaxia-tratamento-covid-19/>
- **Sociedade Brasileira de Infectologia/Associação Médica Brasileira (30/6/2020)**
<https://www.infectologia.org.br/admin/zcload/125/2020/06/ddbfaafbedf98r5be-d371a929338e0df2acc49af1necb45415a15dd38f901c789.pdf>
- **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (12/07/2020)**
http://www.sbrmf.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Recomendar%CC%83as-C%683es-da-SBIMFC-para-a-APS-durante-a-Pandemia_3veisa%CC%83o_12_07-1.pdf
- **CONASS - Conselho Nacional de Saúde (22/5/2020)**
<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-maio-de-2020>

Tabela 4 - Recomendações de instituições nacionais/internacionais de saúde e de sociedades médicas (5/6/2020).

Terapêuticas experimentais para COVID-19	OMS	CDC/NIH*	NHS	IDSA	SCCM	AMIB / SBI / SBPT
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina)	Contra uso ^a	Contra uso (A)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) + Azitromicina	Contra uso ^a	Contra uso (A ¹)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Lopinavir/ritonavir	Contra uso ^a	Contra o uso (A)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	Contra uso (Frac, baixa qualidade)	Contra uso de rotina (Frac)
Oseltamivir	Contra o uso	–	–	Contra o uso	0	Contra o uso (Forte)
Tocilizumabe	Contra uso ^a	0	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra o uso de rotina (Frac)
Ivermectina	–	–	–	–	–	–
Oseltamivir (suspeita de influenza em quadros graves ou fatores de risco)	A favor do uso	–	–	A favor do uso	–	A favor do uso (Frac)
Antibióticos (profiláticos)	Contra uso	Contra uso	Contra uso	–	A favor do uso ^a (Frac, baixa qualidade)	Contra uso (Frac)
Antibacterianos (suspeita de infecção bacteriana)	A favor do uso	A favor do uso	A favor do uso	–	A favor do uso (Frac, baixa qualidade)	A favor do uso

OMS = Organização Mundial da Saúde; CDC = Centers for Disease Control and Prevention (EUA - Estados Unidos da América); NIH = National Institute of Health (EUA); NHS = National Health Service (Reino Unido); IDSA = Infectious Disease Society of America (EUA); SCCM = Society of Critical Care Medicine; AMIB = Associação de Medicina Intensiva Brasileira; SBI = Sociedade Brasileira de Infectologia; SBPT = Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

^aNão há evidências atuais para recomendar qualquer tratamento anti-COVID-19 específico. Considere a inscrição de pacientes em cenários adequados de ensaios clínicos randomizados.

¹Em casos de insuficiência respiratória e sob ventilação mecânica com COVID-19, recomenda-se o uso de antibacterianos empíricos (recomendação fraca, evidência de baixa qualidade). Observe, avalie diariamente e reavalie a duração da terapia e o espectro da cobertura com base nos resultados da microbiologia e o estado clínico do paciente.

– Não há descrição da referida terapêutica.

0 Dados insuficientes para recomendação a favor ou contra o tratamento.

Fonte: Adaptado dos autores por TelessaúdeUS-UFES - Avaliação das Evidências Científicas sobre o uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina como terapia específica para COVID-19.

Destaca-se que a prescrição de qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e o tratamento do paciente portador de COVID-19 deve ser baseado na autonomia do médico, de acordo com o estabelecido no código de ética médica, capítulo I:

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem

não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Segundo Parecer 4/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a primeira possibilidade em que pode ser considerado o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina é no caso de paciente com sintomas leves, em início de quadro clínico, e que tenham sido descartadas outras viroses (como Influenza e dengue) e exista diagnóstico confirmado de Covid-19, acessível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas-visualizar/pareceres/01R/2020/4>.

O Ministério da Saúde divulgou em 20 de maio de 2020 um protocolo com orientações do uso de cloroquina e hidroxicloroquina, que também destaca a falta de evidências científicas robustas e disponibiliza um termo de consentimento livre e esclarecido, caso o médico decida pela prescrição. Acessível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Maio/20/Orientacao-manuseio-medicamentoso-covid-19.pdf>.

Compreende-se ainda que a prescrição realizada sem o respaldo técnico-científico (off label) deverá ser compartilhada com o paciente em relação a falta da evidência científica de sua eficácia à luz dos conhecimentos atuais e seu potencial risco de dano, seguida ainda da assinatura de termo de consentimento.

Apenas a cloroquina será disponibilizada nos Centros de Saúde, conforme posologia recomendada pelo Ministério da Saúde, mediante apresentação de receita médica em duas vias e cópia do termo de consentimento, que serão retidas na farmácia.



Quais são as orientações em relação à prevenção da influenza e da COVID-19?

A principal forma de transmissão da influenza e da COVID-19 é por meio do contato direto com secreções, especialmente quando o paciente tosse, espirra ou fala em distância inferior a um metro de outra pessoa. Também pode ocorrer transmissão através de objetos contaminados. Desta forma, as orientações mais importantes para a população são:

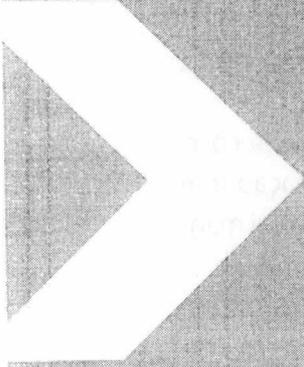
- Higienizar as mãos frequentemente com água e sabonete e/ou álcool a 70%.
- Manter a casa e o seu lugar de trabalho bem ventilados mantendo as janelas abertas.
- Evitar lugares com aglomeração de pessoas, principalmente, os fechados.
- Evitar sair de casa se estiver gripado.
- Evitar tocar olhos, boca, nariz com as mãos.
- Usar lenços descartáveis para limpar o nariz ou os olhos. Depois de usar, descartar imediatamente no lixo e higienizar as mãos.
- Cobrir a boca ao tossir ou espirrar com toalha de papel/lenço descartável ou com a fossa cubital do braço.
- Não compartilhar copos, pratos ou talheres.
- Para Influenza: vacina disponibilizada pelo SUS para populações alvo, anualmente.
- Para COVID-19: uso de máscara de tecido ou descartável, sempre que sair de casa.

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico na COVID-19 na Atenção Especializada**, 2020. Disponível em: <https://bvs.ssaude.gov.br/handle/handle/123456789>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.** Disponível em: <http://bvsms.sabot.gov.br/handle/handle/123456789>.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações sobre a COVID-19** - <http://www.belo Horizonte.gov.br/secretaria-saude>.



ANEXOS

ANEXO I Manejo clínico dos pacientes adultos portadores ou suspeitos da COVID-19 nas Unidades de Pronto Atendimento

Introdução

A COVID-19 é doença causada por vírus da família dos betacoronavírus, denominado de SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).

Estudos clínicos descrevem três estágios distintos da doença: estágio 1 infecção precoce, estágio 2 fase pulmonar e estágio 3 fase de hiperinflamação. A fase de hiperinflamação tem como principais mediadores as citocinas, sendo que a liberação destas substâncias é de tal magnitude que passou-se a usar o termo "tempestade de citocinas" para este estágio da doença^{1,2}.

Devido a esta característica fisiopatológica, vários países iniciaram pesquisas com uma série de drogas antivirais, anti-inflamatórias e imunomoduladoras, com o intuito de fazer o reposicionamento farmacológico destes fármacos^{3,4,5,6,7,8,9,10}.

Pela característica de hiperinflamação, o corticoide foi um dos fármacos mais utilizados nestes estudos. O estudo RECOVERY® (Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy) foi estabelecido como um ensaio clínico randomizado para testar uma variedade de tratamentos potenciais para COVID-19, incluindo doses baixas de dexametasona. Mais de 11.500 pacientes foram matriculados em mais de 175 hospitais do NHS no Reino Unido.

Este estudo apontou que a dexametasona reduziu as mortes em um terço nos pacientes ventilados (razão de taxa 0,65 [intervalo de confiança de 95% 0,48 a 0,88]; $p = 0,0003$) e em um quinto em outros pacientes recebendo apenas oxigênio (0,80 [0,67 a 0,96]; $p = 0,0021$). Não houve benefício entre os pacientes que não necessitaram de suporte respiratório (1,22 [0,86 a 1,75]; $p = 0,14$).

No dia 25 de junho o NIH (National Institutes of Health) passou a recomendar a dexametasona no tratamento de pacientes com COVID-19.

Outros trabalhos⁹ apontam também para o alto risco de doença tromboembólica no paciente com Covid e cuidados necessários.

Considerando a curva ascendente observada em Minas Gerais e em Belo Horizonte, importante a construção de protocolo para guiar as ações dos profissionais da Rede SUS-BH e assim, reduzir internações, complicações clínicas e taxa de mortalidade.

Objetivo Geral

Reduzir internações, complicações clínicas e mortalidade pela COVID-19.

Objetivos Específicos

- Estabelecer diagnóstico de COVID-19 e diagnósticos diferenciais (especialmente outras viroses e outras doenças do aparelho respiratório).
- Estratificar risco dos pacientes e encaminhar para ambiente de tratamento com re-

- cursos adequados à gravidade.
- Iniciar medicações em pacientes com critério de gravidade (oseltamivir, antibióticos, heparina, dexametasona) ainda na urgência, com objetivo de diminuir inflamação e eventos trombóticos.
- Estabelecer oxigenioterapia.

Perguntas frequentes na prática do profissional de saúde

1- Quanto à heparina profilática

A Covid-19 com sinais de gravidade é, por si só, um fator de risco para trombose? É critério suficiente para iniciar heparina profilática (mesmo que escores clínicos - exemplo, escore de Padua - não indiquem esta necessidade? Pode ser iniciada em Unidades de Pronto-Atendimento?

Alguns trabalhos¹⁰ demonstram um alto risco de doença tromboembólica no paciente com Covid. Isto pode sugerir o uso de heparina profilática: heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) ou heparina não fracionada (HNF) para todos pacientes com Covid 19 com sinais de gravidade – incluindo os pacientes em observação na Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAs), independentemente de escores de risco para Tromboembolismo Venoso (TEV).

2- Quanto ao uso de dexametasona nas Unidades de Pronto-Atendimento

Em pacientes não hospitalizados, mas, em observação nas unidades de urgência, em uso de oxigenioterapia, pode-se aplicar a indicação da dexametasona (estudo Recovery⁷) – que indicou este uso em pacientes internados?

O uso de dexametasona para pacientes na emergência (ainda que não internados) seria uma evidência indireta. Pela organização do Sistema de Saúde em Belo Horizonte, recomenda-se o início deste tratamento para que não se perca o tempo oportuno (início da fase inflamatória).

3- Quanto ao uso de corticóide e heparina após alta das Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAs)

Se o paciente com Covid 19 confirmado em observação na UPA, tiver iniciado o uso de corticóide e/ou anticoagulação melhorar e receber alta é indicado a continuidade destes medicamentos?

Cada caso deve ser avaliado individualmente, porém, avaliar os benefícios da manutenção do corticóide por 10 dias. A heparina, pela necessidade de acompanhamento mais adequado, não é recomendada a manutenção. Orientar a estes pacientes que receberam alta para adequado controle ambulatorial.

4- Benefícios do uso de corticóide e/ou heparina quando iniciados em tempo oportuno

Estes medicamentos podem diminuir a gravidade dos pacientes, diminuindo utilização de CTIs ou eventos trombóticos, se iniciados em Unidades de Pronto-Atendimentos?

As evidências do estudo Recovery⁷ são de diminuição de óbito em 1/4 em pacientes com ventilação mecânica (VM) e 1/5 em pacientes com oxigenioterapia, mas não em pacientes menos graves. Estudos observacionais¹¹ mostram que o uso de corticóide em pacientes moderados a graves reduz desfecho composto de indicação de terapia intensiva, ventilação mecânica e mortalidade de 54,3 para 34,9%, $p=0,005$. Por isto, devem ser iniciados nas UPAs em pacientes com sinais de agravamento e/ou em uso de oxigenioterapia.

**FLUXOGRAMA: MANEJO DO PACIENTE GRAVE
COM QUADRO CLÍNICO SUSPEITO DE COVID-19**

Febre, tosse, falta de ar, dor de garganta, coriza, congestão nasal, anosmia, ageusia, diarreia, mal estar, cefaleia, astenia, mialgia.

Triagem de acordo com o
Protocolo Manchester/Avaliação de Risco

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE
(Sintomas compatíveis com quadro clínico suspeito)

- Exames propedêuticos: colher pacote de exames laboratoriais COVID-19 (ver sugestão item A, avaliar clínica e disponibilidade) e realizar TC de Tórax (conforme fluxo do Serviço).
- Colher PCR para Coronavírus (swab nasofaríngeo) e Pesquisa rápida para Influenza A, B e H1N1 (swab), para os pacientes SEM confirmação diagnóstica.
- Notificar GAERE ou CIEVS imediatamente por telefone (vide números de telefone no anexoII) e preencher a FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO.
- Iniciar Ceftriaxona (1 grama de 12 em 12 horas EV) OU Amoxicilina com Clavulanato de Potássio (1,2 g de 8/8h, EV). Se possível, utilizar a via oral: Amoxicilina com Clavulanato (500mg de 8 em 8 horas).
- Iniciar Azitromicina (500mg/dia) EV, após reconstituição e diluição (uma dose intravenosa de 500 mg de azitromicina deve ser infundida em no mínimo 1 hora). Utilizar a via oral, se possível.
- Iniciar Oseltamivir (75mg 2x/dia por 5 dias), para os pacientes SEM diagnóstico confirmado de COVID-19 ou se Pesquisa Rápida para Influenza seja positiva.
- Iniciar Dexametasona 6mg, EV, ou VO, de 24/24 horas (durante 10 dias), para os pacientes que necessitam de suplementação de oxigênio ou ventilação mecânica invasiva. No caso de indisponibilidade da dexametasona, poderia ser utilizado doses equivalentes de outros corticoides como: Prednisona 40mg/dia ou Hidrocortisona 150 mg/dia, por período de 10 dias.
- Recomenda-se o uso de Anticoagulação Profilática (Enoxaparina 40mg, SC, MID ou Heparina sódica 5.000 UI de 12/12 horas) para Covid 19 com sinais de gravidade descritos item B. OBS: *Evitar o uso de Heparina se Plaquetopenia < 70.000/mm³ ou se presença de outros fatores que contraindiquem a sua utilização.*
- Avaliar necessidade de aporte de O₂ caso Sat O₂ < 93%. Evitar a realização de nebulização e VNI.

Critérios de internação em CTI

- Necessidade de O₂ suplementar (CN O₂ > 3l/min) para manter SatO₂ > 94% ou FR < 24 ipm e/ou
- Sepsis/Choque séptico e/ou
- Disfunções orgânicas agudas (insuficiência renal aguda, insuficiência hepática aguda, alteração do nível de consciência) e/ou
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

A- Pacote de Exames Laboratoriais – COVID-19

Hemograma, Proteína C Reativa, potássio, sódio, magnésio, cálcio, glicose, uréia, creatinina, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, LDH, coagulograma, gasometria arterial, troponina, Dímero D.

B- Grupos de Risco (relacionados a pior prognóstico da COVID-19)

- Idade > 60 anos.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, pneumopatias estruturais.
- Neoplasias.
- Cardiopatias (Insuficiência cardíaca, Coronariopatia, Hipertensão arterial severa).
- Doença cerebrovascular.
- Diabetes Mellitus.
- Doença Renal crônica.
- Doença Hepática crônica.
- Pacientes imunossuprimidos.

C- Resultados Esperados

- Exames laboratoriais
 - Hemograma: leucopenia e linfopenia.
 - Bioquímica: Elevação de uréia, creatinina e distúrbios hidroeletrólíticos.
 - Função hepática: Elevação de TGO, TGP, gama GT e bilirrubina total.
 - Elevação de Dímero D, PCR, LDH, ferritina.
- Exames de Imagem
 - RX tórax: opacificação mal definida, bilateral e periférica.
 - TC tórax: padrão em vidro fosco (risco aumentado se comprometimento pulmonar maior que 25%), pavimentação em mosaico, consolidação sendo raramente unilateral.

Referências bibliográficas

1. Kollekas L, Loverdos K, Giannakaki S, *et al*. Can steroids reverse the severe COVID-19 induced 'cytokine storm'? J Med Virol. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32530507>
2. Wu C, Chen X, Cai Y, *et al*. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32167524>
3. Yuan M, Xu Y, Xu D, *et al*. Effect of corticosteroid treatment for non-severe COVID-19 pneumonia: a propensity score-based analysis. Shock. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32496422>
4. Yang Z, Liu J, Zhou Y, Zhao X, Zhao Q, Liu J. The effect of corticosteroid treatment on patients with coronavirus infection: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020;81(1):e13-e20. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32283144>
5. Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY). Low-cost dexamethasone reduces death by up to one-third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19. 2020. Available at: <https://www.recoverytrial.net/news/low-cost-dexamethasone-reduces-death-by-up-to-one-third-in-hospitalised-patients-with-severe-respiratory-complications-of-covid-19>. Accessed June 23, 2020.
6. Horby P, Shen Lim W, Emberson J, *et al*. Effect of dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19: preliminary report. medRxiv. 2020. [Preprint]. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.22.20137273v1>
7. Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F, *et al*. Corticosteroid therapy for critically ill patients with Middle East Respiratory Syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(6):657-67. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23916116>. 10. Steinhilber J, Bellamy R, Garner R. SARS: systematic review of treatment effects. PLoS Med. 2005;3(9):e343. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16668120>
8. Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY). Low-cost dexamethasone reduces death by up to one-third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19. 2020. Available at: <https://www.recoverytrial.net/news/low-cost-dexamethasone-reduces-death-by-up-to-one-third-in-hospitalised-patients-with-severe-respiratory-complications-of-covid-19>. Accessed June 23, 2020.
9. Horby P, Shen Lim W, Emberson J, *et al*. Effect of dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19: preliminary report. medRxiv. 2020. [Preprint]. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.22.20137273v1>
10. Helms J, Tacquard C, Severac F, *et al*. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. Intensive Care Med. 46, 1089–1098 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06062-x>
11. Ladd B, Morrison A, Vahia A, *et al*. Early short course corticosteroids in hospitalized patients with COVID-19. Clin Infect Dis. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32427279>

ANEXO II Telefones para notificação

Dias úteis, de 8 às 18 horas: Gerências Regionais de Assistência, Regulação e Epidemiologia (GAEREs). Após as 18 horas, fim de semana e feriado: Plantão do CIEVS-BH.

Telefone do plantão e das gerências distritais de epidemiologia	
Barreiro	3277-5921
Centro-Sul	3277-4331
Leste	3277-4477
Nordeste	3277-6241/6242
Noroeste	3277-7645
Norte	3277-7853
Oeste	3277-7082
Pampulha	3277-7938
Venda Nova	3277-5413
Plantão do CIEVS-BH	98835-3120

AVULSOS DISTRIBUÍDOS
Em 22/07/20
386
Responsável pela distribuição