



**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

## **RECOMENDAÇÕES CREMERN Nº 04/2020**

**Dispõe sobre proposta de atendimento médico  
para os pacientes acometidos da COVID-19.**

**O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE,** no uso de suas atribuições legais, apresenta proposta de tratamento, facultando o uso aos médicos prescritores para o momento atual da pandemia pela COVID-19, podendo o mesmo ser revisado a qualquer momento.

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são disciplinadores e supervisores da atividade médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, com todos os meios ao seu alcance, pelo desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), atribui aos Órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, as competências de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

**CONSIDERANDO** o artigo 7º da lei 12.842 que dispõe sobre o exercício da Medicina;

**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 04/2020 de 16 de abril de 2020;

**CONSIDERANDO** a situação atual de pandemia pela COVID-19, doença atribuída à infecção pelo novo Coronavírus, com elevado grau de transmissibilidade e considerável letalidade em grupos de risco;

**CONSIDERANDO** que a situação de pandemia não permite respostas rápidas e com elevado grau de evidência por parte da ciência, ampliando-se a importância das observações e constatações clínicas;



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

**CONSIDERANDO** que a alternativa de não intervenção terapêutica, deixando a doença seguir seu curso natural, tem colapsado o sistema de saúde de vários países do primeiro mundo;

**CONSIDERANDO** que o conhecimento atual permite dividir a fisiopatologia da COVID-19 em três etapas, sendo a primeira caracterizada por sintomas leves, a segunda pelo predomínio de sintomas inflamatórios e a terceira denominada “tempestade de citocinas” e de atividade trombogênica;

**CONSIDERANDO** que, teoricamente, cada etapa da doença responderá a tratamentos distintos, de acordo com a sintomatologia e a fisiopatologia que as caracterizam e que é de conhecimento até o presente momento;

**CONSIDERANDO** a falta de vacina para uso imediato;

**CONSIDERANDO** o efeito antiviral “in vitro” de algumas drogas conhecidas e utilizadas para tratamento de outras doenças infecciosas e inflamatórias;

**CONSIDERANDO** que a ciência está debruçada na busca por evidências robustas sobre a eficácia “in vivo” dessas medicações, estando esse interesse relacionado com observações e experiências clínicas exitosas, primeira fase da evidência científica;

**CONSIDERANDO** que, teoricamente, o uso dos antivirais na fase inicial da COVID-19 poderia interromper a evolução para o quadro inflamatório grave, como tem sido sugerido por algumas experiências e observações clínicas;

**CONSIDERANDO** que a humanidade atravessa por um momento de exceção no qual os princípios da bioética merecem um olhar diferenciado, preservando os seus pilares da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, porém, voltados para as necessidades do presente histórico inusitado;

**CONSIDERANDO** que o princípio da autonomia deve ser respeitado tanto para o médico como para o paciente;

**CONSIDERANDO** que a automedicação é desaconselhável e prejudicial a saúde;

**CONSIDERANDO** a necessidade de disponibilizar aos médicos que atuam na assistência aos portadores da COVID-19, alternativas terapêuticas dentro das observações clínicas conhecidas, para aplicação nas três fases da doença, especialmente na fase inicial, de forma segura;





**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

**CONSIDERANDO** que as propostas terapêuticas incluem medicamentos com longa experiência clínica quanto ao perfil de segurança e tolerabilidade, e com efeitos colaterais previsíveis e contornáveis, a serem utilizados em curtos períodos de tempo; **CONSIDERANDO** que o momento exige proatividade com prudência e que a dinâmica da pandemia, aliada aos conhecimentos da ciência, seguirão nos ensinando e guiando os caminhos a serem traçados;

### **FACULTA AOS MÉDICOS PRESCRITORES:**

#### **PROTOCOLO DE MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL (no contexto da COVID 19)**

O conhecimento científico sobre a doença COVID-19 cresceu rapidamente, incluindo características do agente causador (SARS-CoV-2), aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e de resposta imune do hospedeiro frente à infecção. Apesar de muitos estudos em andamento, ainda não há evidências sólidas sobre as melhores opções terapêuticas, nem há vacinas disponíveis. Nas últimas semanas, observamos um crescente aumento no número de casos da doença, de internações e da mortalidade no Brasil e no estado do Rio Grande do Norte.

Embasados por essas premissas, propomos uma nova abordagem no manejo da COVID-19, com o atendimento médico precoce no intuito de prevenir complicações, diminuir as internações hospitalares, a necessidade de terapia intensiva e a mortalidade.

A velocidade de transmissão viral, o elevado número de pacientes simultaneamente acometidos, muitos necessitando de internação hospitalar e, parte deles em leitos de terapia intensiva, torna inevitável a superlotação dos serviços de assistência, com risco de falência do sistema de saúde. Portanto, várias estratégias de enfrentamento da pandemia são fundamentais, o que inclui distanciamento social, higiene das mãos e do ambiente, uso de máscaras, associadas às melhores práticas de assistência e tratamento disponibilizados aos pacientes.



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Sabe-se que aproximadamente 80% dos pacientes com Covid-19 apresentam doença leve, 14% apresentam doença grave e 5% apresentam doença crítica. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a gravidade da doença está associada à idade avançada e à presença de condições de saúde subjacentes, especialmente síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, entre outras. Apesar da letalidade ser baixa, a Covid causa grande impacto na rede de atenção à saúde, em função de sua elevada transmissibilidade, atingindo assim, um número elevado de indivíduos, que demandam assistência médica altamente especializada. A identificação precoce e a assistência especializada aos pacientes de risco para doença grave poderá reduzir o impacto no sistema de saúde e salvar vidas.

Vários medicamentos têm demonstrado atividade viricida *in vitro* contra os coronavírus. Alguns estudos *in vivo* têm sido conduzidos (vários estão em andamento), porém, até agora, não existe evidência científica nível A definitiva de eficácia terapêutica para nenhum dos medicamentos testados.

Alguns estudos observacionais ou de intervenção, às vezes sem grupo controle ou com pequeno tamanho amostral, têm sido publicados. Um deles avaliou 20 pacientes com Covid-19 que usaram hidroxicloroquina 600 mg/dia, associada ou não à azitromicina, com o objetivo de avaliar a eliminação do vírus através de coleta de swab nasofaríngeo. No sexto dia, nos pacientes que utilizaram hidroxicloroquina e azitromicina houve eliminação do vírus em 100% dos casos, nos que usaram somente hidroxicloroquina em 57.1% e nos controles em 12.5%.

Outro estudo incluiu 62 pacientes e avaliou hidroxicloroquina 400mg/dia por 5 dias versus placebo em pacientes com COVID-19 hospitalizados em enfermaria. Todos os pacientes receberam oxigênio, agentes antivirais, antibióticos e imunoglobulina com ou sem corticoide. A remissão da tosse e da febre foi mais rápida no grupo intervenção, bem como a melhora radiológica pulmonar foi de 80.6% neste e 54.5% no controle. Quatro pacientes do grupo controle evoluíram com piora e apenas dois pacientes do grupo intervenção apresentaram efeitos adversos, sendo um caso de cefaleia e um de rash cutâneo.

Entretanto, outros estudos que incluíram pacientes com COVID-19 internados tratados com hidroxicloroquina e azitromicina nas doses habituais não demonstraram



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

benefícios que indiquem esta terapia, nem malefícios que a contra-indiquem. Um melhor entendimento quanto às etapas evolutivas da doença acendeu uma discussão de potenciais terapias para cada fase, levantando a hipótese de que alguns medicamentos agiriam melhor em fases iniciais da mesma. Uma análise retrospectiva de 1061 casos na França observou que o uso precoce de azitromicina com hidroxicloroquina em pacientes com COVID-19 foi seguro e associado à diminuição significativa da mortalidade. Outros estudos estão avaliando prospectivamente esta terapêutica na fase precoce da doença, porém os resultados só estarão disponíveis *a posteriori*.

Outras alternativas terapêuticas têm sido estudadas, entre elas destaca-se a ivermectina. Um estudo internacional multicêntrico (169 hospitais, situados em 3 continentes), observacional, caso controle pareado, usando dados coletados prospectivamente de pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR de secreção nasofaríngea, tratados com ivermectina (150 mcg/kg, em dose única) e comparados a controles sem uso de ivermectina, observou redução da mortalidade dos pacientes submetidos à ventilação mecânica (7,3% versus 21,3%) e redução da mortalidade global (1,4% versus 8,5%;  $p < 0,0001$ ).

Vários tratamentos estão sendo avaliados para a COVID-19 e embora alguns estejam disponíveis e pareçam promissores, seu papel permanece em investigação e ainda restrito para uso em larga escala em locais com poucos recursos. Dentre eles, destacam-se: Remdesivir, Favipiravir, Lopinavir-ritonavir, transfusão de plasma convalescente, inibidores de IL-6, etc.

Diante da emergência de saúde pública que estamos vivenciando, com ameaça de colapso da assistência de saúde em níveis secundário e terciário, e valorizando a experiência clínica exitosa de outros centros que adotaram a atenção precoce aos acometidos pela COVID-19, este Conselho defende a possibilidade do médico optar por intervenções consagradas de acolhimento e terapêutica, seguras, com riscos previsíveis e contornáveis, com o intuito de salvar vidas.



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE





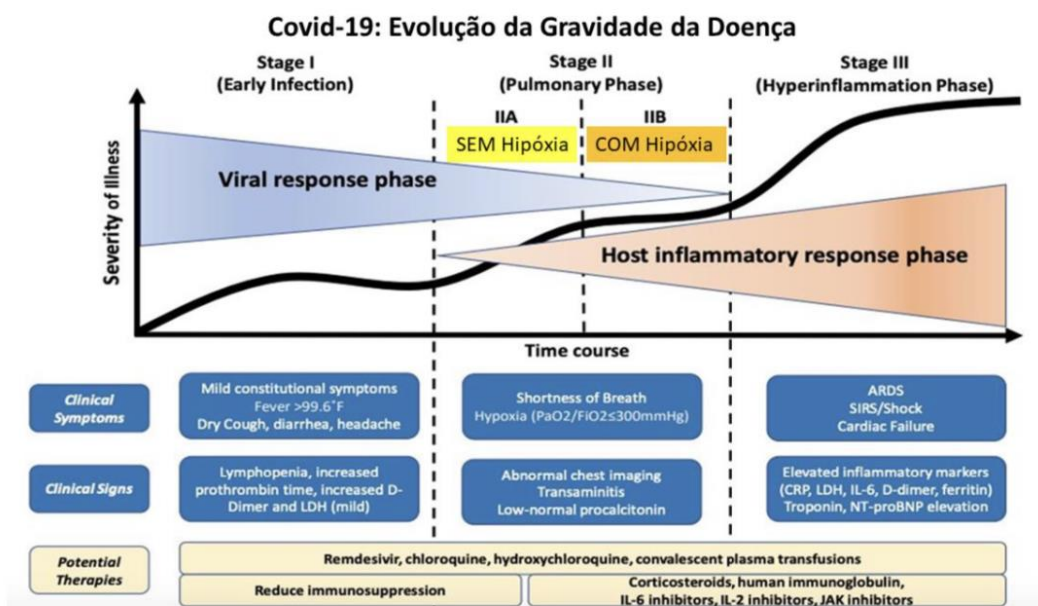
## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

### Cenário: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Ao chegar à unidade de saúde, o paciente com síndrome gripal deve receber máscara cirúrgica e higienizar as mãos (ofertar álcool gel) e ser conduzido para uma área separada na unidade visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Avaliar os sinais vitais (FR, FC, TA, temperatura), nível de consciência e oximetria, e classificar o risco para a prioridade de atendimento.

Todo profissional que atender os pacientes com suspeita de síndrome gripal deve usar equipamentos de proteção individual e adotar as medidas para evitar exposição ao SARS-CoV-2, conforme protocolos do MS.

As recomendações de manejo clínico seguirão a evolução da doença, conforme o estágio evolutivo, dividido em fases, de acordo com a figura abaixo:



Siddiqui HK, Mehra MR. : A Clinical- Therapeutic Staging Proposal. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2020.

**Sintomas da fase I:** fase de replicação viral, na qual o paciente pode apresentar febre, desconforto na orofaringe, coriza, tosse seca, mialgia, mal estar, cefaleia, astenia, náuseas, vômitos e diarreia. Além disso, anosmia e ageusia. Os idosos podem



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

apresentar sintomas atípicos, como ausência de febre e rebaixamento do nível de consciência.

**Sintomas da fase II:** esta fase é marcada pelo processo inflamatório e ativação da cascata da coagulação, com acometimento predominante pulmonar, dividida em dois estágios:

**Fase IIa:** caracterizada por persistência ou recrudescência da febre após o quinto dia do início dos sintomas, marcante mialgia, mal estar geral, cefaléia intensa e tosse persistente, podendo já haver dispneia aos esforços, sem hipoxemia.

**Fase IIb:** caracterizada pela presença de dispneia e surgimento de hipoxemia.

**Sintomas/sinais da fase III:** marcada pela hiperinflamação (“tempestade de citocinas”), com instabilidade hemodinâmica (hipotensão/choque), grave hipoxemia (SARA), fenômenos tromboembólicos e insuficiência cardíaca (miocardite).

No contexto epidemiológico atual, a presença de febre, dor de garganta, sintomas digestivos e anosmia tem elevado valor preditivo para COVID-19 e forte correlação com RT-PCR positiva. Quando disponível, o RT-PCR deve ser solicitado para confirmar o diagnóstico da COVID-19. Entretanto, o manejo clínico inicial deve ter por base o diagnóstico clínico-epidemiológico, fazendo o diagnóstico diferencial com outras doenças infecciosas prevalentes em nosso meio.

**TODOS** os pacientes atendidos na fase I devem ser orientados (mesmo aqueles que não tenham fatores de risco para gravidade ou que recebam tratamento específico) a retornar ao serviço de saúde, caso surjam sinais de alerta. Esses sinais/sintomas (descritos na fase IIa) precedem a dispneia com hipoxemia, que ocorre em fase mais adiantada, e que já caracteriza a fase IIb, indicando gravidade. Quando a fase inflamatória (fase IIa) inicia, habitualmente após o 5º dia, a evolução para insuficiência respiratória/tempestade de citocinas pode ser rapidamente progressiva, sendo prudente avaliar a indicação precoce de internação ou de acompanhamento diário e de intervenção terapêutica, a depender dos critérios listados adiante e da decisão médica.

Todos os esforços devem ser envidados para que os pacientes sejam atendidos **precocemente** (na fase I - se possível, nas primeiras 48h), com o intuito de oferecer as orientações gerais e, quando indicado, o tratamento medicamentoso,



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

prioritariamente naqueles com fator de risco para a forma grave. Do mesmo modo, a rede de assistência deve facilitar o acesso aos que evoluírem para as demais fases da doença.

Recomendamos que a unidade forneça aos pacientes uma breve cartilha, contendo orientações sobre sinais de alerta e necessidade de retorno precoce caso ocorram, além dos cuidados para evitar a transmissão do vírus no ambiente domiciliar e comunitário. É fundamental também a busca de contactantes (assintomáticos ou não) e a identificação dos contactantes de risco. Os sintomáticos devem ser avaliados na unidade de saúde, enquanto os assintomáticos devem ser orientados quanto ao risco de transmissão, vigilância de sintomas e medidas preventivas.

<b>FATORES DE RISCO/SINAIS DE ALERTA PARA FORMAS GRAVES DE COVID-19</b>		
<b>EPIDEMIOLÓGICO</b>	<b>CLÍNICO</b>	<b>LABORATORIAL*</b>
Idade > 55 anos	FR > 20 irpm	Linfócitos < 800
HAS	FC > 100 bpm	PCR aumentada
Diabetes	Febre persistente	LDH aumentada
Obesidade/síndrome metabólica**	Dispneia	CPK aumentada
Doença pulmonar e/ou cardíaca prévias	Estertores pulmonares	Troponina aumentada
Trombofilia/passado de TEV ou de isquemia arterial	Hipotensão arterial	D-dímero aumentado
Doença renal e/ou hepática crônicas	Alteração do nível de consciência	Ferritina aumentada
Doença neuro-degenerativa	Sinais de descompensação da doença de base	
Transplante e/ou imunossupressão	SpO2 < 96% ar ambiente em adultos e < 93% em idosos	







**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

HIV/AIDS		
Neoplasia/Uso de imunobiológicos		
Tabagismo e/ou etanolismo crônico		

\*Deve sempre prevalecer o julgamento clínico do médico assistente.

\*\* a síndrome metabólica (HAS, obesidade, diabetes e dislipidemia) tem sido importante co-fator para evolução para formas graves da covid-19. Assim, a terapêutica específica precoce deve ser ofertada, prioritariamente, aos portadores de tais comorbidades acometidos pela doença.

<b>EXAMES COMPLEMENTARES - Achados habituais</b>	
Hemograma	normal ou discreta leucopenia/linfopenia. Plaquetas normais ou levemente diminuídas
PCR	Normal ou elevada
TGO, TGP	Normais ou levemente elevadas
Ureia e creatinina	Raramente elevadas, mas marcam pior prognóstico
LDH e ferritina	Se elevados são marcadores de inflamação com acometimento pulmonar e sistêmico
d-Dímero	Pode estar elevado desde a fase inflamatória
CK, CK- mb e troponina	Elevados se houver miocardite
Radiografia de tórax	Pode revelar infiltrado intersticial inicial. Se normal, em paciente com sinais/sintomas de fase 2b, deve prevalecer o critério clínico



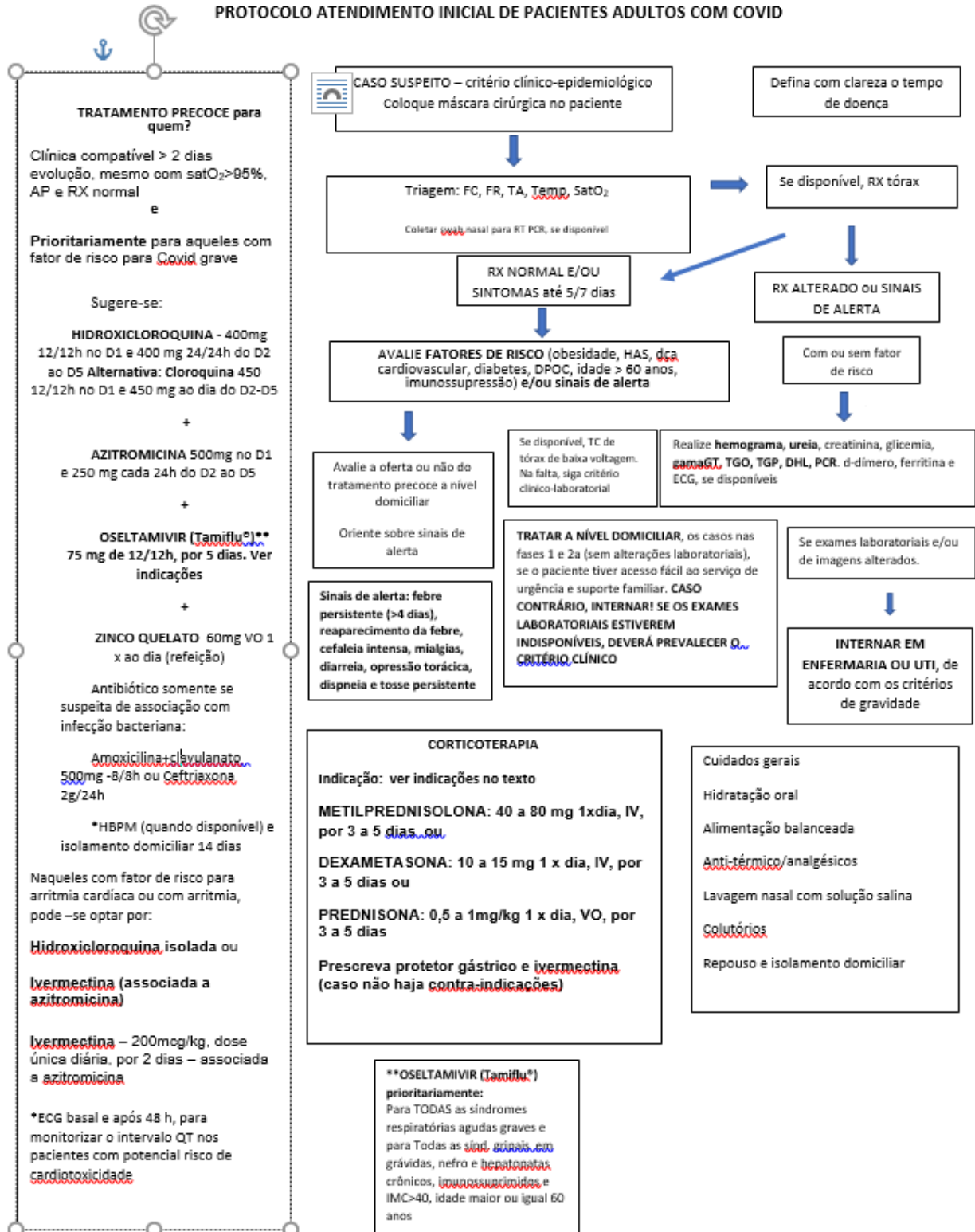
**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

**PROTOCOLO ATENDIMENTO INICIAL DE PACIENTES ADULTOS COM COVID**



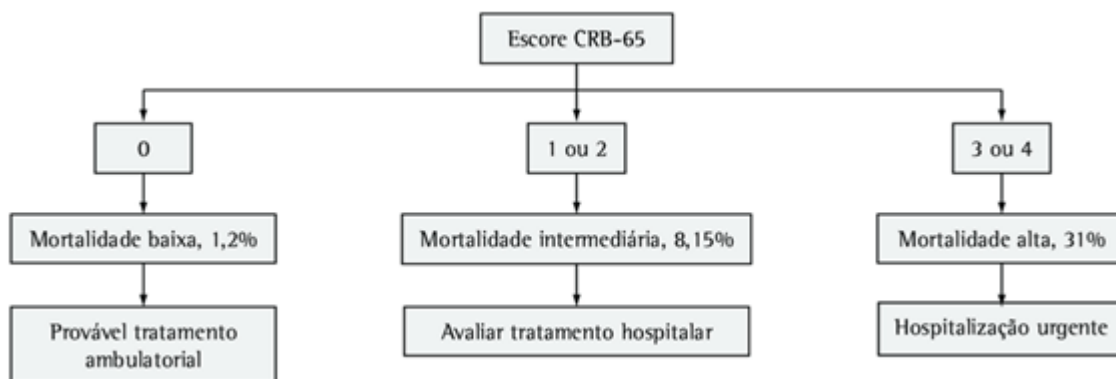


## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

### Critérios de internação de pacientes portadores de COVID-19

Considerar a internação dos pacientes que apresentem um ou mais critérios abaixo, prevalecendo sempre o julgamento clínico:

1. Dispneia e/ou taquipneia
2.  $SO_2 < 96\%$  em adultos,  $< 93\%$  em idosos e  $< 92\%$  em pneumopatas crônicos
3. Infiltrado alvéolo intersticial ou intersticial bilateral importante (maior ou igual a 50%), ou coalescendo
4. Nos portadores de pneumonia viral, considerar o CRB (mas não somente ele se igual a 0) a partir de 1 ponto, seguindo o escore de pontos usado como critério geral de internação por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), o qual baseia-se em variáveis das quais deriva seu nome (em inglês): Confusão mental (escore  $\leq 8$ , segundo o abbreviated mental test score); (respiratory rate): frequência Respiratória  $> 30$  ciclos/min; (Blood pressure): pressão arterial sistólica  $< 90$  mmHg ou pressão arterial diastólica  $< 60$  mmHg; e Idade  $\geq 65$  anos. Considera-se 01 ponto para cada item do anagrama que seja positivo.



5. Instabilidade clínica demonstrada por taquicardia, alterações perfusionais, hipotensão, desidratação ou alterações do nível de consciência.
6. Portadores de mais de uma doença crônica ou com doença crônica descompensada (diabetes, HAS, DPOC, alcoolismo, DRC, seqüela de TB, doença neuro-degenerativa, obesidade, neoplasia maligna, cardiopatia, hepatopatia crônica, imunodeficiência, etc).
7. Antecedentes de isquemia (cerebral, coronariana), trombose venosa prévia ou trombofilia.





**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

8. Pacientes polimedicados (considerar tipos de medicação e perfil do paciente).
9. QT corrigido > 450.
10. Presença de sinais laboratoriais sugestivos de resposta inflamatória sistêmica como: PCR aumentada, linfócitos abaixo de  $800/\text{mm}^3$ , LDH aumentada, transaminases aumentadas e ureia acima de 65 mg/dL.
11. Inviabilidade do uso de medicação por via oral (ex: vômitos).
12. Fatores sócio-econômicos que indiquem a vulnerabilidade do indivíduo ou dificuldade de seguimento, mesmo nos casos de pneumonia intersticial unilateral leve, CRB=0, sem dispneia ou dessaturação e sem alterações laboratoriais significativas, considerando a dificuldade de acesso ao serviço de saúde.



**CREMERN**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

**Cenário: ATENDIMENTO HOSPITALAR**

**1) Exames admissionais gerais:**

- a) RT-PCR – SARS-CoV-2, caso não tenha sido colhido antes.
- b) Hemograma, PCR quantitativa, TGO, TGP, ureia, creatinina, glicemia, sódio, potássio, cálcio, magnésio, TAP, TTPA, GGT, LDH, D-dímero, CPK, CKMB, troponina, ferritina, vitamina D 25-OH, zinco, cobre, vitamina B12.
- c) Exame de imagem torácica (RX e/ou TC conforme disponibilidade).

OBS.: A radiografia de tórax inicial é recomendada, mesmo nos pacientes que já tenham TC de tórax, pois servirá de base para acompanhamento do padrão radiológico.

- d) Gasometria arterial.
- e) ECG com 12 derivações com avaliação do intervalo QT (normal entre 340 ms e 470 ms) e cálculo do QTc (QT corrigido pela FC), que servirá para o seguimento, se usadas drogas que prolongam este intervalo.

$$10 \times 0,04 \text{ s} = 0,4 \text{ s}$$



**Fórmula de Bazett**

$$\begin{aligned} \text{QTc} &= \text{QT (s)} / \sqrt{\text{RR (s)}} \\ \text{QTc} &= 10 \times 0,04 / \sqrt{22 \times 0,04} \\ \text{QTc} &= 0,4 / 0,9380 \\ \text{QTc} &= 0,426 \text{ s} = 426 \text{ ms} \end{aligned}$$



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

2) Tratamento medicamentoso antimicrobiano e corticoterapia:

Situação clínica	Medicamentos
A) <b>Infecção inicial sem pneumonia</b> – quadro clínico compatível com a <b>fase 1</b> , duração dos sintomas menor que 5 dias, exame físico normal.	<p><b>1. Tratamento antiviral*</b></p> <p><b>Alternativa 1:</b> <b>Hidroxicloroquina</b> D1: 400mg de 12/12h, VO (dose de ataque) D2 a D5: 400 mg/dia, VO</p> <p><b>associada com:</b></p> <p><b>Azitromicina</b> D1: 500mg/dia, VO D2 a D5: 250mg/dia, VO</p> <p><b>Alternativa 2:</b> D1: <b>Cloroquina</b> 450mg de 12/12h, VO (dose de ataque), associada à Azitromicina` (maior risco de cardiotoxicidade) D2 a D5: 450mg/dia</p> <p><b>Alternativa 3:</b></p> <p><b>3.1 Hidroxicloroquina ou cloroquina isolada</b>, nas doses preconizadas acima</p> <p><b>Alternativa 4:</b></p> <p><b>Ivermectina</b> (contra-indicada em grávidas e nutrízes) 200mcg/kg/dia VO por 2 dias associada à <b>Azitromicina</b> VO por 5 dias nas doses preconizadas acima.</p> <p><b>OBS.: vide legenda**</b></p> <p><b>Oseltamivir 75 mg</b> - 01 cp de 12/12h, por 5 dias</p> <p><b>2. Tratamento adjuvante</b></p> <p><b>a. Zinco quelato</b> - 60 mg VO, 1 x dia, com alimento</p> <p><b>b. Enoxaparina</b> 40 mg/dia, SC, durante 1 a 2 semanas - quando disponível. Avaliar contra-indicações</p> <p><b>3. Tratamento antibiótico</b> se suspeita de infecção bacteriana secundária: Amoxicilina+clavulanato 500mg -8/8h VO ou ceftriaxona IM ou IV 2g/24h por 7 a 10 dias</p> <p>Alternativa em caso de alergia a beta-lactâmicos: Levofloxacino 500mg/dia, por 7 dias, substituindo, neste caso azitromicina por Ivermectina, pelo maior risco de toxicidade cardíaca</p>







CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

<p>B) <b>Pneumonia leve</b> (fase IIa)- sem dispneia, <math>SO_2 &gt;96\%</math>, FR <math>&lt;20</math>, LDH <math>&lt;300</math>, linfócitos <math>&gt; 1200</math>, transaminases normais, comprometimento pulmonar <math>&lt; 25\%</math></p> <p>*Tratamento a nível ambulatorial/hospital dia ou hospitalar, a depender do julgamento clínico</p>	<p><b>Esquema anterior acrescido de</b></p> <p>a. Metilprednisolona - 40 a 80mg 1xdia, IV durante 3 a 5 dias</p> <p><b>ou</b></p> <p>b. Dexametasona - 10 a 15 mg 1xdia, IV, durante 3 a 5 dias</p> <p><b>ou</b></p> <p>c. Prednisona ou prednisolona - 0,5 a 1 mg/k/1xdia, VO durante 3 a 5 dias</p> <p>*Considerar a substituição do uso parenteral do corticoide por uso oral, nos casos de evolução favorável</p> <p>** O uso da ivermectina deve ser indicado, quando da prescrição do corticóide, exceto em grávidas e nutrízes</p>
<p>C) <b>Pneumonia grave</b> - dispneia, <math>SaO_2 &lt;93\%</math> em idosos ou menor que 96% em adultos ou padrão radiológico de alto risco.</p>	<p><b>Tratamento intra hospitalar</b></p> <p><b>Tratamento antiviral, antibiótico e adjuvante já descritos</b></p> <p><b>Metilprednisolona</b> 125 a 250 mg/dia no D1 e 80mg/dia nos demais dias, a depender da gravidade. Duração de 3 a 5 dias, de acordo com a evolução</p>

\* **PARECER CFM nº 4/2020:** 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.

\*\* **OSELTAMIVIR (Tamiflu®) prioritariamente:** para **TODAS** as síndromes respiratórias agudas graves e todas as síndromes gripais em grávidas, nefro e hepatopatas crônicos, imunossuprimidos e IMC $>40$ , idade maior ou igual 60 anos

**Observação de segurança 1:** Pesquisar contraindicações ao uso dos antimaláricos (alergia, porfiria, miastenia gravis, arritmia não controlada no momento da admissão, síndrome congênita do QT longo, QT maior que 500ms) e interações dos medicamentos a serem utilizados.





## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

**Drogas que aumentam o intervalo QT:** amiodarona, antifúngicos azólicos, fluoroquinolonas, efavirenz, lopinavir/ritonavir, macrolídeos, anti-histamínicos, drogas antineoplásicas, propofol, B<sub>2</sub> agonistas, ondansetrona, domperidona, metoclopramida, psicotrópicos, cilostazol. **EVITAR ASSOCIAÇÃO!**

Interação moderada da hidroxicloroquina com digoxina (monitorizar), ivabradina, metoprolol e propafenona, pradaxa. Interação leve com verapamil.

**Observação de segurança 2:** Embora os perfis de segurança coletiva da azitromicina e da hidroxicloroquina sejam relativamente favoráveis, ambos os medicamentos bloqueiam o canal de potássio hERG/Kv11.1 codificado por KCNH2 e podem prolongar potencialmente o intervalo QTc, com risco de arritmias cardíacas.

### **-Monitoração do QTc para uso do antimalárico:**

Se < 450: Liberado para o uso.

Entre 450 e 500: Cautela no uso. Considerar usar somente com controle diário do ECG e/ou em regime hospitalar. Não associar azitromicina (tem menos evidência do que a hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19).

Se > 500: Evitar o uso.

**-Sinal de alerta:** aumento de QTc > 60 ms e/ou mais de 10% em relação ao basal ou ao ECG anterior.

**-Cuidados adicionais durante o tratamento:** manter o K<sup>+</sup> > 4; manter Mg<sup>++</sup> > 2, evitar hipocalcemia.

Tabela 1 – Fatores de risco para prolongamento de QT e TdP

- Idade > 65 anos
- Mulheres
- Distúrbios eletrolíticos (hipocalcemia, hipocalemia, hipomagnesemia)
- Uso concomitante de mais medicações que prolongam QT ([crediblemeds.org](http://crediblemeds.org))
- Insuficiência Coronariana Aguda
- ICC ou FEVE < 40%
- Cardiomiopatia Hipertrófica
- Síndrome do QT longo congênito ou outra susceptibilidade genética
- Diabetes Mellitus
- IRC dialítica
- Anorexia ou inanição
- Hipoglicemia
- Feocromocitoma
- Pós parada cardiorrespiratória recente
- Pós hemorragia subaracnóidea, Acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio encefálico (1<sup>ª</sup> semana).



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

### 3) Profilaxia de tromboembolia venosa (TEV)

Indicada em todos os pacientes internados

Contraindicações: sangramento ativo, queda acentuada da hematimetria sem causa identificada, alergia ou plaquetopenia pela heparina, plaquetas < 70.000, úlcera péptica ativa, HAS não controlada, cirurgia craniana ou ocular há menos de 2 semanas.

#### 3.1. Enoxaparina:

Dose: 40mg via sc/24h; se peso acima de 80 kg fazer 60mg/dia.

Alternativamente, fazer heparina sódica via SC 5000 unidades de 12/12 h, se peso menor ou igual a 60 kg, ou de 8/8h se peso maior que 60 kg e para pacientes com qualquer peso com elevado risco de TVP/TEP.

Se insuficiência renal (filtração glomerular <30): fazer 20mg/dia de enoxaparina ou heparina sódica sc 5000 unidades de 12/12h.

#### 3.2. Enoxaparina 1mg/kg/dia ou se filtração glomerular < 30 fazer 0,25mg/kg/a cada 12h

Indicada se houver fatores de risco trombótico (gestantes, puérperas, antecedentes de trombose arterial ou venosa, infecção severa, PCR >150, ferritina > 1000, linfócitos < 800, padrão radiológico de comprometimento pulmonar difuso).

### 4) Anticoagulação plena:

4.1. Paciente com suspeita ou confirmação de TEP e/ou TVP: iniciar ou aumentar a dose da enoxaparina 1,5mg/kg/dia ou 1mg/kg/12h.

4.2. Paciente crítico com hipoxemia grave necessitando de alta FiO<sub>2</sub>, instabilidade hemodinâmica, D-dímero acima de 3000: iniciar ou aumentar a dose da enoxaparina para 1,5mg/kg/dia ou 1mg/kg/12h.

### 5) Broncodilatadores: Apenas se broncoespasmo, usando aerossol com espaçador.

Usar salbutamol spray 100mcg/dose 4 a 8 doses a cada 20 minutos, dependendo da gravidade. Não fazer nebulização. Após estabilização manter 2 jatos a cada 4 ou 6h.

Obs. 1: Pode-se usar sulfato de terbutalina injetável 0,5mg/mL(ampola de 1mL) via sc, na dose de 0,5 a 1mL até 4 vezes ao dia.



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Obs. 2: Alternativamente usar, em casos mais severos ou em DPOC, o beta<sub>2</sub> adrenérgico inalatório associado ao brometo de ipratrópio (fenoterol 50mcg e brometo de ipratrópio 20 mcg/dose spray), 3 jatos a cada 20 minutos, na crise aguda de broncoespasmo. Posteriormente, manter 2 jatos a cada 4 ou 6h.

Obs. 3: Pode-se associar, em broncoespasmos moderados a severos, sulfato de magnésio 10% (=1g/ampola), 2 ampolas (2g) IV, diluídas em 100mL de soro fisiológico 0,9% em 10 a 20 minutos.

### **6) Oxigenoterapia/suporte ventilatório**

a) Deverão ser monitorados por observação direta e oximetria de pulso/gasometria arterial.

b) O<sub>2</sub> sob cateter nasal, visando manter SaO<sub>2</sub> entre 90 e 96%, até 6L/min ou máscara com reservatório até 15 L/min; usar menor FiO<sub>2</sub> possível para atingir SaO<sub>2</sub> acima de 90%.

c) Sem critérios para IOT, mas com hipoxemia persistente: oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) ou ventilação não invasiva (VNI) com máscara facial não ventilada e circuito duplo de ventilador mecânico, com filtro expiratório (Hepa ou alguns tipos HME capazes de filtrar vírus), conforme disponibilidade dos equipamentos e de equipe treinada, e adequadamente paramentada com EPI para procedimentos aerossolizantes.

d) A IOT (intubação orotraqueal) deverá ser um procedimento de preferência eletivo, sempre pesando o risco de IOT precoce com o risco de PCR por uma IOT caótica de emergência.

**Indicação de IOT** - sinais de excessivo esforço respiratório ou fadiga respiratória, hipoxemia refratária à suplementação de O<sub>2</sub> e encefalopatia, bem como a ausência de melhora após a instituição de ONAF ou VNI, a qual deverá ser constatada até a primeira hora de uso .

e) Suporte ventilatório mecânico invasivo de acordo com a apresentação da insuficiência respiratória, priorizando a estratégia protetora pulmonar com volume corrente inicial de 4 a 8 mL/kg de peso predito, mantendo pressão de platô menor que 30cmH<sub>2</sub>O, com pressão de distensão ou *driving pressure* (=pressão de platô menos a





## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

PEEP) menor que 15 cmH<sub>2</sub>O, e ajustes individualizados caso a caso. O ventilador mecânico deverá ter filtro hepa na válvula exalatória e sistema de aspiração traqueal fechado.

f) Posição prona pode ser indicada em pacientes acordados com oxigenoterapia/assistência ventilatória não invasiva, devendo-se evitá-la nos que estão deteriorando rapidamente; para os que estão em ventilação mecânica invasiva (VMI), usar precocemente quando não se logra relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 150 com a estratégia ventilatória protetora, e na ausência de contra-indicações (lesões faciais, instabilidade da coluna vertebral, hipertensão intracraniana, instabilidade hemodinâmica severa, arritmias cardíacas não controladas e inexperiência da equipe com o método, entre outras).

Os itens c), d), e) e f) deverão ser realizados preferencialmente em ambiente de UTI.

### **7) Critérios de admissão na UTI**

- Insuficiência respiratória com necessidade de máscara com reservatório para manter SaO<sub>2</sub> acima de 90%, sem melhora com a corticoterapia inicial.
- Insuficiência respiratória aguda com uso de musculatura acessória, sem melhora com as medidas iniciais.
- Encefalopatia com rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental.
- Instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg) ou sinais de má perfusão orgânica e/ou periférica (alteração do nível de consciência, oligúria, lactato > ou = 36mg/dl), com ou sem utilização de droga vasopressora, arritmia cardíaca.
- Rápida deterioração da condição clínica.
- Necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo ou não invasivo.

### **8) Critérios de alta hospitalar**

- Melhora de todos os parâmetros clínicos, laboratoriais e radiológicos.
- Se pneumonia grave: 3 dias afebril, SaO<sub>2</sub> basal > 92% em idosos e > 95% em jovens.



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- Em caso de possibilidade de “home care”, se constatado que já ultrapassou a fase crítica, poderia ir para casa com ou sem oxigenoterapia.
- Heparina profilática de baixo peso molecular na alta (vide doses anteriormente descritas para profilaxia)
  - Se ausência de fator de risco: por 1 semana
  - Se presença de fator de risco: por 2 semanas
- Isolamento domiciliar por pelo menos 14 dias a partir do início dos sintomas, devendo estar o paciente assintomático há pelo menos 3 dias para encerramento da quarentena.

### **9) Seguimento após alta hospitalar:**

- Consulta telefônica depois de 24h da alta (tanto pacientes com indicação de tratamento domiciliar como aqueles que obtiveram alta depois de internação).
- Posteriormente, consulta telefônica a cada 48-72h para diagnosticar de maneira precoce sinais de complicações tardias.
- Consulta presencial após 1 mês da alta com avaliação por imagem e análise laboratorial, incluindo PCR e d-Dímero (que pode aumentar posteriormente).

### **10) Referências bibliográficas:**

1. Patel. A N., Sapan S Desai et al. Usefulness of ivermectin in covid 19 illness. Harvard Medical School, Boston, Ma
2. G. Umberto Meduri, FCCP; Emmel Golden, Amado X Freire, et al. Methylprednisolone infusion in early severe ards results of randomized controlled trial Chest 2007; 131:954-963
3. Alhazzani W, Miller MH, Arabi YM, et al. Surviving sepsis campaign: Guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Intensive Care Med. March 2020. Doi: 10.1007/s00134-020-06022-5.
4. Proposta de tratamento farmacológico imunomodulador para casos internados com SARS-CoV-2- versão número 2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade Federal de São Paulo. Disciplina de Reumatologia. [www.hcrp.fmrp.usp.br](http://www.hcrp.fmrp.usp.br).







**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

5. Nota Técnica. Recomendações de tratamento farmacológico ambulatorial para pacientes adultos com quadro suspeito ou confirmado de covid-19. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde.
6. Eli S Rosenberg; Elizabeth M. Dufort, et al. Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with covid-19 in New York state. Jama may 11,2020.
7. Mathieu Million, Jean-Christophe Lagier, Philippe Gautret et al. Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin. A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France. Travel Medicine and Infectious Disease. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101738>.
8. Jennifer Yost, RN, Itziar Etxendia-Ikobaltzeta; et al. Should clinicians use chloroquine or hydroxychloroquine alone or in combination with azithromycin for the prophylaxis or treatment of covid-19? Living Practice Points from the American college of physicians Special Article. Annals of internal Medicine, 2020.
9. Maria Elisabete Amaral de Moraes, Manoel Odorico de Moraes, Anastácio de Queiroz Sousa. Proposta de esquema profilático para profissionais de saúde assintomáticos envolvidos no tratamento de casos suspeitos ou confirmados da covid-19. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Núcleo de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos.
10. Anatoly V. Skalny, Lothar Rink, Olga P Ajsuvakova, et al. Zinc and respiratory tract infections: Perspectives for covid-19 (Review). April 13,2020. International Journal of molecular medicine. DOI:10.3892/ijmm.2020.4575.
11. Protocolo de Insuficiência Respiratória Atualizado <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/saude-do-ceara-publica-protocolo-de-atendimento-a-pacientes-pelo-covid-19/>
12. Jason Phua, Li weng, Lowell Ling et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recomendations. Review. [www.thelancet.com/respiratory](http://www.thelancet.com/respiratory), vol 8. May 2020.
13. Ning Tang, Dengju Li, Xiong Wang et al. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumoniae. J Thromb Haemost. 2020; 18:844-847.





**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

14. Giuseppe Lippi, Emmanuel J. Favalaro. D-dimer is Associated with severity of coronavirus disease 2019: A Pooled Analysis. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709650>. ISSN 0340-6245. Letter to editor
15. Klok, M.J.H.A. Kruij, N.J.M. van der Meer, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. <http://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.013>. Thrombosis Research. Elsevier.
16. Mount Sinai COVID-19 Anticoagulation Algorithm. Version 1.1 (April 9,2020). Mount Sinai Guideline.pdf
17. Casini Alessandro, Alberto Lorenzo, Angelillo-Scherrer Anne, et al. Suggestions for thromboprophylaxis and laboratory monitoring for in-hospital patients with COVID-19. Swiss Medical Weekly. 2020;150:w20247
18. Courtney J Mycroft-West, Dunhao Su, Isabel Pagani et al. Heparin inhibits cellular invasion by SARS-CoV-2: structural dependence of the interaction of the surface protein (spike) S1 receptor binding domain with heparina. 2020. Preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.28.066761>.
19. Hospital Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Manejo Novo Coronavírus (COVID-19) - acessado em 13/05/2020.
20. Núcleo de arritmia - InCor-HCFMUSP. Controle de intervalo QTc para prevenção de arritmias cardíacas por síndrome de QT longo adquirido tratados por protocolo para tratamento de COVID-19 com cloroquina/hidroxicloroquina com ou sem azitromicina. -Versão 1-02/04/2020.
21. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M. et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. Int J Antimicrob Agents. 2020; Mar 20:105949. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
22. Zhaowei Chen, Jijia Hu, Zongwei Zhang, Shan Jiang, Shoumeng Han, Dandan Yan, Ruhong huang, Ben Hu and Zhan Zhang. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040758>





**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

23. Paul Marik. EVMS Critical Care COVID-19 Management Protocol 05-14-2020|  
evms.edu/covidcare. : [https://www.evms.edu/covid-19/medical\\_information\\_resources/](https://www.evms.edu/covid-19/medical_information_resources/)
24. Cortegiani A, Ippolito M, Ingoglia G et al. Chloroquine for COVID-19: rationale, facts, and hopes. Crit Care 2020; 24:210
25. Caly L, Druce JD, Catton MG et al. The FDA-approved drug Ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. Antiviral Res 2020.
26. Patel AN, Desai SS, Grainger DW et al. Usefulness of ivermectin in COVID-19 illness. medRxiv 2020
27. Fadel R, Morrison AR, Vahia A et al. Early course corticosteroids in hospitalized patients with COVID-19. medRxiv 2020
28. Chroboczek T, Lacoste M, Wackenheim C et al. Beneficial effect of corticosteroids in severe COVID-19 pneumonia: a propensity score matching analysis. medRxiv 2020
29. Villar J, Confalonieri M, Pastores SM et al. Rationale for prolonged corticosteroid treatment in the acute respiratory distress syndrome (ARDS) caused by COVID-19. Crit Care Expl 2020; 2:e0111
30. TGao 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. doi: 10.5582/bst.2020.01047
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada. Ministério da Saúde. 1 ed. rev - 2020
32. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem da COVID-19 em medicina intensiva. AMIB. Abril,2020.





**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

### EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS:

Desde o dia 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde decretou pandemia pela COVID-19, que a humanidade vivencia tempos difíceis. São diversos os problemas que afligem o ser humano ao longo de sua história, no entanto quando compromete sua saúde, integridade e vida, a aflição é superdimensionada. Quando uma doença com elevado grau de transmissibilidade e risco de letalidade se espalha pelo mundo, a humanidade reage para enfrentá-la. Várias dificuldades estão sendo reveladas por tratar-se de uma nova forma de um vírus, desconhecida pelo sistema imunológico humano e que a ciência está debruçada na busca por soluções que minimizem seus efeitos. Nos vários momentos da pandemia algumas verdades foram desfeitas e novas verdades vêm sendo construídas. Está claro que ainda não temos verdades absolutas especialmente no que se refere a abordagem terapêutica desses pacientes. Sua fisiopatologia e evolução clínica estão sendo progressivamente desvendadas, permitindo que hoje se conheça três fases bem definidas do adoecimento, divididas entre a fase inicial caracterizada por sintomas leves, uma segunda etapa onde os sintomas respiratórios predominam e a terceira fase para qual evoluem os casos de maior gravidade caracterizada pelo processo inflamatório acentuado denominado “tempestade” inflamatória e excessiva atividade trombogênica. Importante frisar que há um descompasso entre a velocidade dos impactos da pandemia e o tempo necessário para que observações clínicas se transformem em evidências científicas incontestes. Sendo assim as observações científicas, fase inicial das grandes descobertas da ciência, devem ser valorizadas quando o produto final é a vida humana. Esse descompasso entre pandemia e ciência não pode, em hipótese alguma, justificar uma parcialidade assistencial. Devemos atuar nas diversas frentes assistenciais.

É por esse motivo que o CREMERN através da sua Câmara Técnica de enfrentamento à COVID -19 decidiu tomar a iniciativa de contribuir com os médicos que trabalham na linha de frente prestando assistência aos pacientes portadores da COVID-19, oferecendo-lhes diretrizes de utilização dessas condutas de acordo com a fase em que se encontra a enfermidade. São recomendações visando uma maior segurança na



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN



**Aprovadas na Sessão Plenária  
Extraordinária, realizada no  
dia 18/05/2020**

## **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE**

utilização das drogas envolvidas nas observações clínicas citadas, que são drogas já conhecidas e utilizadas para tratamento de outras enfermidades.

O médico deverá apresentar a proposta terapêutica de forma clara para os seus pacientes, que deverão ter ciência das evidências existentes até o momento e dos eventuais efeitos adversos do tratamento, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido.

Importante ressaltar que as diretrizes aqui apresentadas serão revisadas sempre que necessário e que devem preservar a autonomia do médico e/ou do paciente, que seguirão tomando suas decisões de acordo com suas objeções de consciência.

Natal/RN, 18 de maio de 2020.

**Cons. Marcos Lima de Freitas  
PRESIDENTE**

## **CORPO DE CONSELHEIROS DO CREMERN**

## **CÂMARA TÉCNICA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 DO CREMERN**



**CREMERN**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Av. Rio Branco, 398 – Cidade Alta – Fone/Fax: (84) 4006-5351 / 4006-5356  
e-mail: [diretoria@cremern.org.br](mailto:diretoria@cremern.org.br) CEP 59.025-001 - Natal / RN