

NORMA

NÚMERO: 005/2020

DATA: 26/03/2020

ASSUNTO: **COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO**
Resposta em Medicina Intensiva

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Intensiva, COVID-19, Organização de Serviços

PARA: Sistema de Saúde. Serviços e Unidades de Medicina Intensiva.

CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

A doença COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia internacional, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença. Com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 de 18 de março.

Considerando a reorganização dos recursos humanos e materiais afetos à prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para dar resposta à avaliação e tratamento dos doentes COVID-19, importa continuar a adaptar a abordagem clínica dos doentes com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2 no SNS. Em especial, aos casos mais graves, como os doentes críticos com necessidade de cuidados intensivos.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro e ao abrigo do disposto na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto e nos Decretos-Lei n.º 81/2009 e n.º 82/2009, ambos de 2 de abril, com as alterações em vigor, a Direção-Geral da Saúde determina:

1. Os Serviços de Medicina Intensiva procedem à reorganização das suas atividades, de modo a disponibilizar a equipa clínica para atividade assistencial nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Anexo 1 e 2).
2. Para efeito do disposto no número anterior, os Serviços de Medicina Intensiva:
 - a. Suspendem transitoriamente as atividades de consultoria não urgente a outros serviços hospitalares, que possam de acordo com a avaliação clínica ser dispensadas;
 - b. Suspendem transitoriamente a consulta de seguimento (*follow-up*) de Medicina Intensiva, sempre que clinicamente adequado;
 - c. Implementam fluxogramas e algoritmos de triagem para admissão de doentes com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2, adequados ao contexto de cada

- unidade hospitalar, evitando o *no-value* e *low-value care*¹, e de acordo com a Norma n.º 004/2020 da DGS, em vigor;
- d. Procedem à revisão e adaptação, de forma adequada ao contexto de cada unidade hospitalar, dos procedimentos e protocolos de emergência médica e das Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (EEMI), por forma a assegurar a separação de circuitos dos doentes COVID-19 face aos restantes, de acordo com a Norma n.º 004/2020 da DGS, em vigor.
3. As Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares e Hospitais (CHH) e Unidades Locais de Saúde (ULS), e as unidades equiparadas de todo o sistema de saúde, garantem, por todos os meios necessários:
 - a. A reorganização dos Serviços e Unidades de Medicina Intensiva, por forma a garantir a separação de doentes com COVID-19 (unidades de coorte) face aos restantes, de acordo com a Norma n.º 004/2020 da DGS, em vigor;
 - b. A criação de áreas de nível 1², fora dos Serviços de Medicina Intensiva, por forma a prestar os primeiros cuidados aos doentes críticos, de acordo com a sua gravidade;
 - c. A ativação de todas as camas de doente crítico (nível 2 e 3³) atualmente inativadas, em espaços contíguos aos atuais Serviços de Medicina Intensiva, por forma a evitar uma dispersão excessiva dos profissionais de saúde;
 - d. A gestão integrada de todas as camas de doente crítico (nível 2 e 3) pelos Serviços de Medicina Intensiva;
 - e. A conversão do número adequado de camas de nível 2 em nível 3, ao contexto de cada unidade hospitalar;
 - f. A participação de todos os Serviços de Medicina Intensiva, de forma cooperativa, no respeito pela Rede de Referenciação de Medicina Intensiva⁴;
 - g. A criação de áreas dedicadas à prestação de cuidados em fim de vida.
 4. As Unidades de Cuidados Intensivos Dedicadas à COVID-19 organizam-se, em subcoortes de doentes suspeitos e doentes confirmados.
 5. Deve ser ainda assegurado o reforço de recursos humanos e materiais, numa lógica de partilha e maximização da eficiência, nomeadamente através de:
 - a. Alocação de profissionais de saúde com formação e experiência em Cuidados Intensivos, aos Serviços e Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente médicos de Medicina Interna, Anestesiologia, Pneumologia, entre outros;

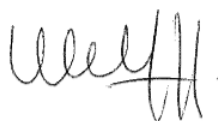
¹ Emanuel EJ, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 2020; *in press*.

² Valentin A, et al. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational steps. Intensive Care Med 2011; 37: 1575-1578.

³ Idem.

⁴ <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

- b. Formação rápida em Medicina Intensiva e Precauções Básicas de Controlo de Infecção a profissionais de saúde capacitados para assumir funções, sob supervisão, nos Serviços e Unidades de Cuidados Intensivos, assegurada por instituições e entidades idóneas;
 - c. Criação de escalas de rotação fixa de equipas dedicadas à prestação de cuidados de saúde especificamente a doentes COVID-19.
6. O acompanhamento das respostas em Medicina Intensiva para a COVID-19 é realizado por uma Comissão de Acompanhamento, na dependência da Direção-Geral da Saúde, nomeada por Despacho da Sra. Diretora-Geral da Saúde.



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

Grupo de Coordenação da Resposta em Medicina Intensiva da *Task Force* COVID-19 da Direção-Geral da Saúde: António Pais Martins, Daniel Nunez, João Gouveia, João Paulo Almeida-Sousa, José Artur Paiva, Luís Bento, Margarida Camara, Mário Branco, Nuno Catorze, Paulo Mergulhão, Rui Araújo, Rui Gomes.

ANEXO 1

Plano Faseado dos Serviços e Unidades de Medicina Intensiva para a Pandemia COVID-19

Fase	Impacto	Estratégias e Medidas a Implementar
1	Baixo de Impacto (<i>< 10% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19</i>) <i>capacidade de resposta mantida</i>	Fase de preparação <ul style="list-style-type: none"> – Garantia de efetividade de Rede de Referência Inter-hospitalar de Medicina Intensiva; – Planeamento da extensão da Medicina Intensiva; – Estabelecimento dos circuitos intra-hospitalares; – Estabelecimento de protocolos de diagnóstico e terapêutica e de fluxogramas de processos assistenciais; – Treino de rotinas (<i>p.e.</i> equipamentos de proteção individual); – Constituição de stocks de material (EPI, consumíveis, medicação); – Levantamento das existências de material e recursos humanos.
2	Impacto Moderado (<i>≈ 25% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19</i>) <i>capacidade de resposta mantida</i>	Fase de Reestruturação <ul style="list-style-type: none"> – Realização das obras necessárias à expansão da Medicina Intensiva; – Libertação de vagas no Serviço de Medicina Intensiva – Internamento de doentes críticos em Unidades de Cuidados Intensivos normalmente fora do Serviço de Medicina Intensiva (<i>ex.</i> Unidade Coronária); – Adiamento de cirurgia não emergente / urgente; – Limitação da participação em atividade não clínica interna (<i>p.e.</i> Equipa de Emergência Interna, doação, etc); – Recurso a outros hospitais públicos/privados de acordo com protocolos prévios.
3	Impacto Grave (<i>≈ 50% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19</i>) <i>capacidade de resposta limite</i>	Fase de ajuste <ul style="list-style-type: none"> – Internamento de doentes críticos em áreas alternativas (<i>p.e.</i> unidades de recobro pós-cirúrgico, bloco operatório).
4	Catástrofe <i>Necessidades excedem os recursos disponíveis</i>	Fase de catástrofe <ul style="list-style-type: none"> – Internamento de doentes críticos em áreas sem infraestrutura de cuidados intensivos pré-existente (<i>p.e.</i> Enfermarias Médicas); – Consideração de implementação de sistema de triagem em situação excepcional de catástrofe.

ANEXO 2

Checklist de Acompanhamento dos Planos de Contingência dos Serviços e Unidades de Medicina Intensiva para a COVID-19

	REQUISITO/CRITÉRIO	S	N	NA	OBSERVAÇÕES
1.	MEDIDAS DE REDUÇÃO DA PROCURA E OU UTILIZAÇÃO DO SMI				
1.1	Suspensão das linhas de produção / processos assistenciais eletivos em que o SMI participa				
1.1.1	Foi suspensa toda a atividade cirúrgica eletiva para situações em que o resultado clínico não é marcadamente afetado pelo tempo de espera				
1.1.2	Foram tomadas medidas para que o adiamento de atividade eletiva, nomeadamente consulta externa e cirurgia, não remetam para um aumento do recurso aos serviços de urgência ou a um aumento de risco para o doente				
1.1.3	Foram implementadas metodologias de comunicação, avaliação e <i>follow up</i> à distância com o doente e familiares				
1.2	Modificação das atividades de outreach da Medicina Intensiva				
1.2.1	Foi suspensa a consulta externa de <i>follow up</i> de Medicina Intensiva				
1.2.2	Foram suspensas as atividades de consultadoria não urgente a outros serviços				
1.2.3	Foi entregue a outros profissionais, que não intensivistas séniores, a tarefa a atividade da Equipa de Emergência Interna				
1.3	Criação de fluxogramas e algoritmo de triagem para admissão em SMI, tanto em doente COVID-19 como não-COVID-19, evitando o <i>no-value</i> e o <i>low-value care</i>				
1.3.1	O redesenho das atividades de <i>outreach</i> de Medicina Intensiva continua a garantir uma adequada triagem para admissão em Medicina Intensiva, de forma a evitar o <i>no-value</i> e o <i>low-value care</i>				
1.4	Criação de áreas de nível 1, fora da tutela da Medicina Intensiva, que permitam reduzir demora média em SMI e garantir cuidados paliativos adequados em doentes em fim de vida				
1.4.1	Está assegurado que a decisão de não-admissão ou alta por ausência de resposta de um doente no Serviço de Medicina Intensiva baseada em critérios éticos que evitem a futilidade e o encarniçamento terapêutico é acompanhada da realização de um plano de cuidados que garanta o conforto e a ausência de dor				

1.4.2	Existe área de coorte para admissão de doente COVID-19 em que se assume a realização de cuidados paliativos.				
2	MEDIDAS DE CAPACITAÇÃO E EXPANSÃO DO SMI				
2.1	Participação de todos os SMI da ARS, de forma cooperativa, no respeito da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (ACSS, 2016)				
2.1.1	Existe participação na resposta de admissão de doentes COVID-19 de todas as instituições hospitalares com SMI/UCI regulada pela Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (ACSS, 2016)				
2.1.2	A referenciação de doentes ocorre no respeito do regulada pela Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (ACSS, 2016)				
2.1.3	Foi contratualizado com as instituições de saúde do sector privado e social, a admissão de doentes críticos Não COVID-19 com patologia para as quais estão preparadas e têm experiência de cuidar e tratar				
2.2	Ativação de todas as camas críticas (nível 2 e nível 3) atualmente inativas				
2.2.1	Foram ativadas todas as camas de nível 2 e de nível 3 cuja estrutura terciária está montada.				
2.3	Gestão integrada de todas as camas N2 e N3 de cada hospital sob a direção do SMI				
2.3.1	A gestão integrada de todas as camas N2 e N3 esta sob a direção do SMI				
2.3.2	As UCI muito específicas como as de Cirurgia Cardiorácica e de Queimados estão preparadas para responder em níveis mais elevados do Plano de Contingência.				
2.4	Aumentar o número de camas críticas sob gestão da Medicina Intensiva e capacitar camas N2 em camas N3				
2.4.1	Foram identificadas outras áreas e espaços e neles instaladas mais camas de Medicina Intensiva, numa lógica de máximo aproveitamento das instalações e equipamentos existentes, deixados sem utilização por suspensão da linha de produção ou processo assistencial em causa (blocos operatórios, unidades pós-anestésicas, etc.)				
2.4.2	Foram transformadas camas N2 em N3				
2.4.3	Foi estabelecida, para todas as novas camas, estrutura de nível 3				
2.5	Criação no SMI de coorte COVID-19 e coorte não-COVID-19				
2.5.1	Criação no coorte COVID-19 de dois subcoortes: casos COVID-19 suspeitos críticos e casos COVID-19 confirmados críticos				

2.5.1.1	Foram colocados os coortes em áreas pressão negativa ou foi criada essa pressão				
2.5.1.2	Nas áreas sem pressão negativa são tomadas pelos profissionais as adequadas medidas de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de contacto, de gotícula e de via aérea				
2.6	Reforço de recursos humanos e de equipamento, na lógica de partilha e máxima eficiência				
2.6.1	São utilizados recursos humanos e equipamento que deixaram de ser utilizados por cessação transitória de certas atividades				
2.6.2	São utilizados recursos humanos vindos de outros hospitais públicos e/ou privados, mediante protocolos pré-estabelecidos				
2.6.3	É garantido treino dos profissionais em Medicina Intensiva e em Controlo de Infecção				
2.6.4	Estão criadas equipas para assistência aos doentes críticos				
2.6.5	Estão criadas equipas de back up, em regime de prontidão, quando for necessário				
2.6.6	Estão garantidos nos horários dos profissionais a flexibilidade de horários, de forma a poupar recursos e prevenir a sua exaustão				
2.6.7	Está garantida o coorte de profissionais para os doentes casos COVID-19 suspeitos críticos e casos COVID-19 confirmados críticos				
2.7	Garantia de stock, restock e pedagogia em EPI				
2.7.1	Existe reserva estratégica que permita a reposição de stocks de materiais e equipamentos				
2.7.2	Existe plano de formação e treino para os profissionais de acordo com as Orientações da DGS				
2.8	Criação de estrutura de apoio psicológico e social				
2.8.1	Foi criada estrutura de apoio psicossocial, com envolvimento das intervenientes locais, que seja capaz de responder a necessidades de doentes, familiares e profissionais.				
3.	AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA				
3.1	Existe um plano de gestão com indicadores e instrumentos que permitam avaliar a eficácia, eficiência e efetividade do Plano de Contingência				
3.2	Está prevista uma análise crítica do plano e a sua divulgação				