

---

Para: Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde, Delegados de Saúde Concelhios, Linha de Saúde Açores, C/c Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

Assunto: Abordagem dos casos suspeitos ou com confirmação de COVID 19

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: [sres-drs@azores.gov.pt](mailto:sres-drs@azores.gov.pt)

Class.:C/C. C/F.

A rápida evolução científica impõe uma atualização permanente da abordagem clínica das pessoas com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2, que se fundamente na evidência crescente, particularmente ao nível dos fatores determinantes de gravidade da doença.

O reforço das medidas de prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde e o recurso a tecnologias e ferramentas de tele saúde são importantes lições aprendidas da pandemia COVID-19. Não obstante, no atual contexto epidemiológico e de cobertura vacinal contra a COVID-19, urge adaptar o modelo de referenciação e circuitos de doentes com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, acompanhando a evolução do conhecimento científico.

Assim, nos termos do Artigo 12º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 32/2021/A, de 28 de dezembro, na sequência de despacho de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde e Desporto, datado de 11 de maio de 2022, determina-se o seguinte:

Cessa a existência de unidades *COVID-19 free* e o conceito infraestrutural de Área Dedicada a Doentes com Infeção Respiratória Aguda (ADR), mantendo-se as medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as boas práticas definidas pelo

---

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Região Autónoma dos Açores(RAA) - (PPCIRA-RAA), reforçando a flexibilidade e a pronta resposta da gestão dos serviços de saúde ao nível regional e local, sem descurar a possibilidade da reativação destas infraestruturas, caso se antecipe ou verifique agravamento da situação epidemiológica.

## **ABORDAGEM DAS PESSOAS ASSINTOMÁTICAS COM INFEÇÃO POR SARS-CoV-2**

1. As pessoas assintomáticas com resultado positivo em teste para SARS-CoV-2 devem autoisolar-se, procedendo da seguinte forma, consoante o tipo de teste realizado:
  - a. **Testes Rápidos de Antigénio (TRAg)** de uso profissional ou **Testes Moleculares (TAAN)**, aguardam a receção de SMS até 24 a 48 horas, após a realização do teste, através da qual recebem:
    - i. Um **link** para aceder a Área de Acompanhamento de Casos Confirmados **Açores**;
    - ii. Um **link** da DGS, para aceder ao Formulário de Casos e Contatos e que, após o seu preenchimento e respetiva submissão, receberá a **Declaração Provisório de Isolamento** nacional;
  - b. **Autotestes**: O utente deverá realizar teste confirmatório de uso profissional (TRAg ou TAAN).
2. As pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que sejam **assintomáticas** à data do diagnóstico (Anexo 1):
  - a. Têm indicação para **autocuidados e isolamento no domicílio**, sem necessidade de vigilância remota;

- b. Utentes com **imunodepressão grave** ou que **desenvolvam sintomas** de COVID-19, nos termos do ponto 3 da presente circular, contactam o Linha Saúde Açores (LSA) para encaminhamento, em conformidade com o ponto 5 da presente circular

### **ABORDAGEM DAS PESSOAS SINTOMÁTICAS COM SUSPEITA DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2**

3. As pessoas que, independentemente do estado vacinal contra a COVID-19, apresentem os sintomas seguintes, **são consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2**:
- a. Quadro de infeção respiratória aguda com, pelo menos, um dos seguintes sintomas<sup>1</sup>;
    - i. Tosse de novo, ou com agravamento do padrão habitual;
    - ii. Febre (temperatura  $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ) sem outra causa atribuível;
    - iii. Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível. E/OU
  - b. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.
4. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem ser referenciados, através do contacto com a LSA, de acordo com o Anexo 1, da seguinte forma:
- a. Intervenção da **Emergência Pré-Hospitalar**, através da Linha de Emergência Médica do **SRPCBA**, em situações de emergência médica;
  - b. **Avaliação clínica no Serviço de Urgência Hospitalar**<sup>2</sup>:
    - i. Dispneia ou sinais de dificuldade respiratória; e/ou,

<sup>1</sup> Cefaleia, odinofagia ou mialgias, isoladamente, não definem a doença, devendo ser integrados na suspeita de infeção, conforme avaliação clínica. Sendo rara, a síndrome inflamatória multissistémica (febre persistente, sintomas gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca de novo) impõe a pesquisa de SARS-CoV-2

<sup>2</sup> Nas Ilhas sem Hospital, o utente deverá ser encaminhado para avaliação clínica Unidade Básica de Urgência da USI

- 
- ii. Sintomas e sinais de alarme: febre que não cede a antipiréticos, hipotermia, hipotensão, alteração do grau de vigília, cianose, hemoptises, toracalgia persistente, oligúria e perda de via oral (vómitos persistentes); e/ou,
  - iii. Condições de imunossupressão grave (Anexo 1); e/ou,
  - iv. Oxigenoterapia de longa duração.
- c. Avaliação clínica nos Cuidados de Saúde Primários:**
- i. Ausência dos critérios da alínea anterior; e,
  - ii. Sintomas como febre com 3 ou mais dias de duração, mas que cede a antipiréticos, pieira, tosse persistente ou produtiva mucopurulenta; e/ou,
  - iii. Doenças crónicas associadas a risco de progressão para doença grave (Anexo 1) em pessoas sem esquema vacinal completo contra a COVID-19.
- d. Autocuidados e isolamento no domicílio:** as restantes pessoas, sem nenhuma das condições anteriores.
5. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem realizar um teste laboratorial para SARS-CoV-2.
6. Os resultados dos testes laboratoriais realizados devem ser disponibilizados ao utente e registados na plataforma SINAVE<sup>lab</sup> pelo laboratório, no prazo máximo de 12 horas após a sua realização, com indicação do Número Nacional do Utente (NNU), nome e data de nascimento.
7. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 e com:
- a. Resultado positivo**, num TAAN ou TRAg de uso profissional, são consideradas com infeção por SARS-CoV-2 (**caso confirmado**);

- 
- b. Resultado negativo** num TAAN ou TRAg de uso profissional, cessam o isolamento e devem ser avaliadas e seguidas, de acordo com a sua situação clínica;
- 8.** As pessoas com infeção por SARS-CoV-2 confirmada, são notificadas na plataforma SINAVE.
- 9.** Nos termos da legislação aplicável, todas as pessoas com infeção por SARS-CoV-2 devem cumprir isolamento obrigatório.
- 10.** Através do recurso a mecanismos automatizados da DGS é emitida a Declaração Provisória de Isolamento, nos termos do [Decreto-Lei n.º 6-A/2022, de 7 de janeiro](#)<sup>3</sup>, com a duração máxima de 7 dias.
- 11.** Sempre que clinicamente justificado<sup>4</sup>, pode ser emitido o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho pelo médico da Unidade de Saúde de Ilha, nas pessoas em isolamento no domicílio, ou pelo médico hospitalar, em contexto de internamento.

## **AUTOCUIDADOS E ISOLAMENTO NO DOMICÍLIO**

- 12.** As pessoas em isolamento no domicílio devem auto-monitorizar os seus sintomas, incluindo a febre, e manter as medidas de prevenção e controlo de infeção.
- 13.** As pessoas em isolamento no domicílio devem contactar a Linha de Saúde Açores quando se verificar agravamento da sintomatologia e/ou aparecimento de critérios de gravidade clínica, nomeadamente:

---

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º 6-A/2022, de 7 de janeiro. A DPI pode ser cessada previamente, quando aplicável, através da emissão de um Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT), por médico, ou pela Autoridade de Saúde.

<sup>4</sup> Nas pessoas internadas; ou nas pessoas em autocuidados no domicílio, mas sem condições clínicas para o seu regime de teletrabalho, ou nas pessoas sem condições para regressar ao trabalho após o término da declaração profilática de isolamento.

- 
- a. Febre ( $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ) mantida por mais de 48 horas ou reaparecimento após apirexia;
  - b. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
  - c. Cianose;
  - d. Toracalgia;
  - e. Alteração do estado de consciência;
  - f. Hemoptises;
  - g. Vômitos persistentes ou diarreia grave;
  - h. Descompensação de doença crónica.

## **AValiação CLÍNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

**14.** As Unidades de Saúde de Ilha (USI) devem garantir que a avaliação clínica das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, através da efetiva implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo a utilização de equipamentos de proteção individual adequados pelos profissionais de saúde e a utilização de máscara cirúrgica por todos os utentes.

**15.** As USI devem dispor de Testes Rápidos de Antígeno de uso profissional (TRAg), para o diagnóstico da infeção por SARS-CoV-2 na consulta.

**16.** Após avaliação médica, os doentes, devem ser encaminhados, de acordo com os critérios clínicos (Anexo 1), para:

- a. **Isolamento no domicílio**, com indicação para **autocuidados**, ou indicação para vigilância clínica remota, devendo para este efeito, realizar-se a alteração na Plataforma COVID Açores, pela Delegação de Saúde da área de residência/alojamento do utente;

**b. Avaliação em Serviço de Urgência Hospitalar/ Unidade Básica de Urgência.**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA NOS SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR/UNIDADE BÁSICA DE URGÊNCIA**

17.Unidades de saúde devem garantir que a avaliação clínica das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, mitigando a geração de cadeias de transmissão, através da efetiva implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo:

- a. A utilização de máscara cirúrgica por todos os utentes;
- b. A utilização de equipamentos de proteção individual adequados, pelos profissionais de saúde, adaptadas às medidas de controlo da transmissão por gotículas; e,
- c. A seleção de áreas do Serviço de Urgência/Unidade Básica de Urgência para avaliação das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, de acordo com a situação epidemiológica local e a dimensão e afluência de cada Serviço de Urgência/Unidade Básica de Urgência, com base nas indicações dos Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da RAA (GCL-PPCIRA-RAA), sob a coordenação do Conselho de Administração da Unidade de Saúde.

18.Após avaliação médica, de acordo com os critérios do Anexo 1, as pessoas sintomáticas, devem ser encaminhadas para:

- a. **Isolamento no domicílio**, com indicação para **autocuidados**, ou indicação para vigilância clínica remota, devendo para este efeito,



---

realizar-se a alteração na Plataforma COVID Açores, pela Delegação de Saúde da área de residência/alojamento do utente;

**b. Internamento.**

- 19.** As pessoas com suspeita de infeção por SAR-CoV-2 e **critérios de internamento devem realizar um TAAN (preferencialmente rápido) ou TRAg** de uso profissional, de forma a minimizar o tempo de permanência no Serviço de Urgência/Unidade Básica de Urgência, e, caso a Unidade de Saúde tenha laboratório sentinela, **testes para a deteção de vírus influenza A e B.**
- 20.** As pessoas com critérios para internamento e teste laboratorial negativo para SARS-CoV-2, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19, devem realizar TAAN confirmatório.

## **INTERNAMENTO**

- 21.** As Unidades de Saúde devem garantir que o internamento das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, mitigando a geração de cadeias de transmissão, através da efetiva implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo a utilização de equipamentos de proteção individual adequados pelos profissionais de saúde, nos termos da Circular Normativa nº 29A, de 13 de abril de 2020, e de máscara cirúrgica por todos os utentes.
- 22.** As unidades de Saúde, através dos GCL-PPCIRA-RAA devem organizar os circuitos de doentes, adequando as medidas de prevenção e controlo de infeção com base nas vias de transmissão de SARS-CoV-2 e na probabilidade de existirem situações potencialmente geradoras de aerossóis, do seguinte modo:
- a. Pessoas com infeção por SARS-CoV-2 sem necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos** ou outras similares:





- 
- i. Sem situações clínicas que justifiquem ou tornem previsível a necessidade de procedimentos geradores de aerossóis: internamento, com medidas de isolamento de gotículas e de contacto, em quartos ou coortes específicas.
  - ii. Com situações clínicas que justifiquem ou tornem previsível a necessidade de procedimentos geradores de aerossóis: internamento, com medidas de isolamento de via aérea e de contacto, em quartos ou coortes específicos.
- b. Pessoas com infeção por SARS-CoV-2 com necessidade de cuidados de elevada diferenciação**, como por exemplo, internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Coronários, Unidade de Neurocríticos, Unidade de AVC, Bloco de Partos, entre outras similares, devem ser internadas em **zonas dedicadas nessas unidades**, de forma a garantir, simultaneamente, a adequação da prestação de cuidados de saúde diferenciados e das medidas de prevenção e controlo de infeção.

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA E ALTA CLINICA DO INTERNAMENTO**

**23. O tratamento** para a COVID-19 inclui, conforme avaliação clínica individualizada:

- a. Tratamento sintomático, de suporte e das comorbilidades e doenças crónicas descompensadas;
- b. Profilaxia de tromboembolismo venoso com heparina de baixo peso molecular, nos adultos, exceto se contraindicada;
- c. Oxigenoterapia suplementar para SpO<sub>2</sub> alvo superior a 90% nos adultos e 92% na idade pediátrica, administrada de forma convencional ou em alto fluxo por cânula nasal, ou por sistemas de administração por PEEP/EPAP com válvula de resistência calibrada;



- 
- d. Terapêutica por via inalatória, sem nebulização;
  - e. Suporte ventilatório, nos casos selecionados, com falência da oxigenoterapia;
  - f. Suporte vital por Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) em casos selecionados de insuficiência respiratória aguda grave refratária a suporte ventilatório otimizado.
- 24.** Nas pessoas internadas por pneumonia por SARS-CoV-2 e hipoxemia confirmada, deve ser considerada a administração de **Dexametasona** (ou alternativamente Metilprednisolona, sobretudo em idade pediátrica) e pode ser considerada a administração de **Remdesivir**.
- 25.** Nas pessoas com COVID-19 grave ou crítica, na fase de recuperação, deve ser implementado um plano multidisciplinar de reabilitação funcional e respiratória, bem como a vigilância de sequelas, designadamente respiratórias.
- 26.** As pessoas internadas com COVID-19 podem ter alta do internamento, mantendo o isolamento no domicílio, quando, de acordo com a avaliação clínica, apresentam cumulativamente:
- a. Apirexia mantida há pelo menos 24 horas, sem utilização de antipiréticos;
  - b. Ausência de agravamento imagiológico ou da insuficiência respiratória.
- 27.** Para as pessoas com indicação para vigilância clínica remota e isolamento no domicílio, após alta de internamento, deve para este efeito, realizar-se a alteração na Plataforma COVID Açores, pela Delegação de Saúde da área de residência/alojamento do utente.

---

## CRITÉRIOS DE FIM DE ISOLAMENTO

**28.** O fim das medidas de isolamento é determinado apenas **no momento em que se comprova o cumprimento cumulativo** dos seguintes critérios:

**a. Critérios de melhoria clínica:**

- i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
- ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos;

**b. Tempo mínimo preconizado para isolamento:**

- i. Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas;
- ii. Contado desde a data de realização do teste que diagnosticou a infeção nas pessoas assintomáticas, e nos doentes com incapacidade de datação do início dos sintomas.

**29.** Para efeitos do número anterior, o **tempo mínimo preconizado para isolamento** é de:

- a. 5 dias** nas pessoas **assintomáticas** ou que desenvolvam **doença ligeira**;
- b. 10 dias** nas pessoas que desenvolvam **doença moderada**;
- c. 20 dias** nas pessoas que desenvolvam **doença grave**;
- d. 20 dias** nas pessoas com **imunodepressão grave** (Anexo 1), independentemente da gravidade da evolução clínica.

**30.** Os critérios de fim de isolamento em contexto de internamento cumprem o disposto na presente circular, isto é, são determinados de acordo com a gravidade da doença. Nas pessoas com indicação para isolamento durante 20 dias, pode ser discutida, em equipa multidisciplinar e com a participação do GCL-PPCIRA-

---

RAA, a antecipação do fim do isolamento a partir do 10.º dia, mediante a realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2<sup>5</sup>.

- 31.** As pessoas que recuperaram da COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados na presente circular, não realizam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos **180** dias subsequentes ao fim do isolamento, exceto se desenvolverem sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2 e sejam contactos próximos de caso confirmado e não haja diagnóstico diferencial
- 32.** Sempre que as evoluções epidemiológicas e científicas demonstrem a necessidade de implementação de novas medidas a presente circular será atualizada.
- 33.** A presente circular normativa altera o teor dos números 2, 5, 6, 7 da Circular Normativa n.º 39J, de 16 de dezembro de 2021.

O Diretor Regional

---

<sup>5</sup> A duração da infecciosidade depende sobretudo da gravidade da doença desenvolvida e da competência da resposta imunitária. Assim, a determinação do fim do isolamento assenta numa estratégia baseada nos sintomas e nas variáveis clínicas individuais, conforme avaliação médica, independentemente do local onde cumpre isolamento (hospital ou domicílio), contexto demográfico ou profissional.



## ANEXO 1

### Critérios de Gravidade, Referenciação e Internamento da COVID-19

A avaliação das pessoas com suspeita e/ou confirmação da infeção por SARS-CoV-2 deve contemplar os parâmetros de gravidade de apresentação clínica (Quadro 1) e condições associadas a evolução para COVID-19 grave (Quadro 2)

#### Quadro 1: Gravidade da apresentação clínica:

1. **Infeção assintomática;**
2. **Doença ligeira:** sintomas ligeiros;
3. **Doença moderada:** febre com 3 ou mais dias de duração, ou dispneia, mas com saturação periférica de O<sub>2</sub>  $\geq$  90% (ou  $\geq$  92% na idade pediátrica) em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;
4. **Doença grave:** pneumonia e, pelo menos, um dos seguintes critérios:
  - a. Dificuldade respiratória, frequência respiratória superior a 30 cpm, ou SpO<sub>2</sub> inferior a 90% em ar ambiente;
  - b. Instabilidade hemodinâmica.
5. **Doença crítica:** síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) ou choque séptico.

#### Quadro 2: Condições associadas a evolução para COVID-19 grave:

1. **Imunodepressão grave**, particularmente:
  - a. Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou com doença de enxerto contra hospedeiro;
  - b. Transplante de órgão sólido: pulmonar; ou transplante de outro órgão com tratamento de indução há menos de 6 meses ou com rejeição há menos de 3 meses;
  - c. Realização de terapêuticas associadas a depleção linfocitária (esplenectomia ou terapêutica com alemtuzumab, leflunomida, rituximab e ocrelizumab), cladribina, ciclosporina, anti-metabolitos (terapêutica com ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo, metotrexato33) ou dose elevada de corticosteroides (prednisolona

dose cumulativa >10mg/dia durante, pelo menos, três meses ou prednisolona >20mg/dia durante, pelo menos, duas semanas ou equivalente);

- d. Realização de inibidores da proteína quinase, terapia com CAR-T, ou quimioterapia para neoplasia de órgão sólido há menos de 6 meses;
- e. Infecção por VIH sem tratamento e com contagem TCD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>;
- f. Síndrome de imunodeficiência primária grave sob reposição de imunoglobulinas.

**2. Doença crónica:**

- a. Doença pulmonar crónica;
- b. insuficiência cardíaca;
- c. Insuficiência renal crónica;
- d. Cirrose hepática;
- e. Diabetes *mellitus* sob insulinoaterapia;
- f. Obesidade com IMC  $\geq 35$  Kg/m<sup>2</sup>;
- g. Síndrome de *Down*;
- h. Doença falciforme;
- i. Doença neurológica ou cerebrovascular associada a disfagia neurológica.

**3. Idade igual ou superior a 60 anos;**

**4. Gravidez.**

Conforme a avaliação dos critérios clínicos do ponto anterior, as pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 são referenciadas de acordo com a necessidade de avaliação clínica presencial.

**Quadro 3: Critérios de referenciação para avaliação clínica presencial e seguimento clínico**

Gravidade da Doença	Condições específicas	Avaliação clínica presencial	Seguimento clínico
<b>Assintomática</b>	-	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
	Imunossupressão grave (Quadro 2)	Não	Vigilância clínica remota no domicílio (Plataforma COVID Açores)
<b>Ligeira</b>	Não	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
	Doenças crónicas associadas a evolução para COVID-19 grave (Quadro 2) em pessoas sem esquema vacinal completo	USI	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento, podendo incluir vigilância clínica remota no domicílio (Plataforma COVID Açores)
	Imunossupressão grave (Quadro 2) ou Oxigenoterapia de longa duração	SU/UBU	
-	USI		
<b>Moderada</b>	Imunossupressão grave (Quadro 2) ou Oxigenoterapia de longa duração	SU/UBU	
	-	SU/UBU	
<b>Grave</b>	-	SU/UBU	Internamento

Os critérios de internamento e de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos são:

**Quadro 4: Critérios de Internamento Hospitalar:**

Todos os doentes com pelo menos um dos seguintes critérios, devem ser internados:

1. Doença grave ou crítica, conforme o quadro 1 do presente anexo;



2. Febre persistente que não cede a antipiréticos;
3. Alteração do grau de vigília;
4. Hemoptises;
5. Vômitos persistentes, diarreia grave ou desidratação grave;
6. Leucopenia, linfopenia, ou trombocitopenia, na ausência de outra causa;
7. Nas **crianças**, em particular, existência de rabdomiólise, elevação de marcadores de lesão cardíaca ou alterações eletrocardiográficas ST-T

**Quadro 5: Critérios de Admissão em UCI para Adultos:**

Todos os doentes com 1 critério *major* ou  $\geq 3$  critérios *minor* devem ser admitidos em UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19:

1. Critérios *major*:

- a. Choque séptico com necessidade de vasopressores;
- b. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

2. Critérios *minor*:

- a. Frequência respiratória  $\geq 30$  cpm;
- b.  $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ ;
- c. Pneumonia com envolvimento multilobar;
- d. Alteração do estado de consciência;
- e. Ureia  $\geq 42$  mg/dL (BUN  $\geq 20$ mg/dL);
- f. Leucopénia ( $< 4000/mm^3$ ), na ausência de outra causa;
- g. Trombocitopénia ( $< 100000/mm^3$ ), na ausência de outra causa;
- h. Hipotermia ( $< 35^\circ C$ );
- i. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva

**Quadro 6: Critérios de Admissão em UCI para a Idade Pediátrica:**

Todos os doentes com pelo menos um dos seguintes critérios, devem ser admitidos em UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19:

1. Hipoxemia sem resposta à terapêutica convencional com oxigenoterapia suplementar por cateter nasal ou máscara com concentrador de oxigénio;
2. Pneumonia grave com SatO<sub>2</sub> < 92% e com frequência respiratória > 70 cpm (para pessoas com menos de 12 meses de idade) ou > 50 cpm (para pessoas com mais de 12 meses);
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva);
4. Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda;
5. Choque séptico ou instabilidade hemodinâmica, alterações do estado de consciência ou necessidade de suporte de outros órgãos;
6. Critérios de Síndrome Inflamatória Multissistémica com instabilidade hemodinâmica