LIVRO DIGITAL

ATUAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

2021

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ATUAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1ª Edição Revista e Atualizada

Florianópolis – SC
2021

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Governo do Estado
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Planejamento em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Comitê Emergencial de Apoio Institucional ao Enfrentamento da Covid-19 (CEAPI COVID)

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Núcleo de Educação Integrada

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE

Colaboradores:
Camila do Couto Maia
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Rejane Esther Vieira
Ronaldo Xavier Pereira Júnior

Organização:
Débora Batista Rodrigues
Silvia Cardoso Bittencourt

Autores:
Ana Borges França
Clara Suellen Lacerda Arruda
Débora Batista Rodrigues
Eloana Marua Ramos
Fernanda Pinheiro Aguiar
Gisele Damian Antonio Gouveia
Graziela Madalosso Baldin
Halex Mairton Barbosa Gomes e Silva
Raquel Carolina da Cunha
Silvia Cardoso Bittencourt

Revisão técnica:
Caroline Riella
Jane Laner Cardoso
Regina Célia Santos Valim

Normatização:
Angela Schmidt da Rosa

© 2021 todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Estado da Saúde - Anexo 1

Rua Esteves Júnior, 390, Centro – Florianópolis – SC

Disponível em: https://abre.ai/livrodigitalcovidsc

Tiragem: 1ª edição revista e atualizada - 2021 - versão eletrônica

Ficha catalográfica

A886 Atuação da APS no enfrentamento da Covid-19: informações para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Débora Batista Rodrigues, Silvia Cardoso Bittencourt (organização) ; Camila do Couto Maia, Maria de Fátima de Souza Rovais, Rejane Esther Vieira, Ronaldo Xavier Pereira Júnior (Colaboradores) ; Caroline Riella, Jane Laner Cardoso, Regina Celia Santos Valim (Revisão técnica) ; Ana Borges França ... [et al.]. – 1. ed. rev. e atual. – Florianópolis : Secretaria de Estado da Saúde, 2021.
108 p.: il.

Inclui Bibliografias
ISBN: 978-65-994295-0-7

1. Infecções por coronavírus. 2. Pandemias. 3. Epidemiologia. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Rodrigues, Débora Batista. II. Bittencourt, Silvia Cardoso. III. Maia, Camila do Couto. IV. Rovais, Maria de Fátima de Souza. V. Vieira, Rejane Esther. VI. Pereira Júnior, Ronaldo Xavier. VII. Riella, Caroline. VIII. Cardoso, Jane Laner. IX. Valim, Regina Celia Santos. X. França, Ana Borges. XI. Título.

CDU 614.4

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Angela Schmidt da Rosa – CRB-14/1171

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

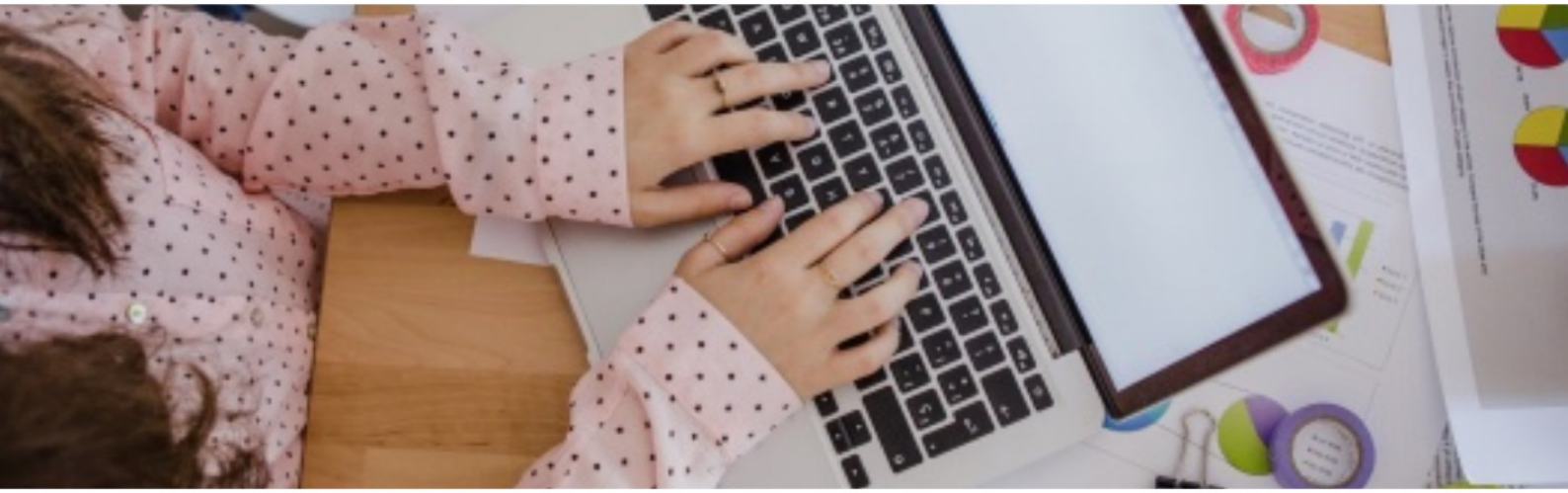
Coordenação Núcleo de Educação Integrada: Maria de Fátima de Souza Rovaris

Supervisão de produção: Camila do Couto Maia

Assistência de produção: Rejane Esther Vieira

Design de capa e diagramação: Ronaldo Xavier Pereira Júnior

CURRÍCULO DOS AUTORES



ANA BORGES FRANÇA

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva(UFSC). Técnica do Núcleo de Monitoramento e Avaliação, DAPS/SES/SC.

CLARA SUELLEN LACERDA ARRUDA

Enfermeira,Especialização em andamento em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica (UCAM). Técnica do Núcleo de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, DAPS/SES/SC.

DÉBORA BATISTA RODRIGUES

Enfermeira e Mestre em Enfermagem.Técnica do Núcleo de Saúde da Mulher,Criança e Adolescente. Referência Técnica da Rede Materno-Infantil e Planificação da Atenção à Saúde, DAPS/SES/SC.

ELOANA MARUA RAMOS

Enfermeira, Especialista em Enfermagem de Terapia Intensiva (UNC).Técnica do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, DAPS/SES/SC.

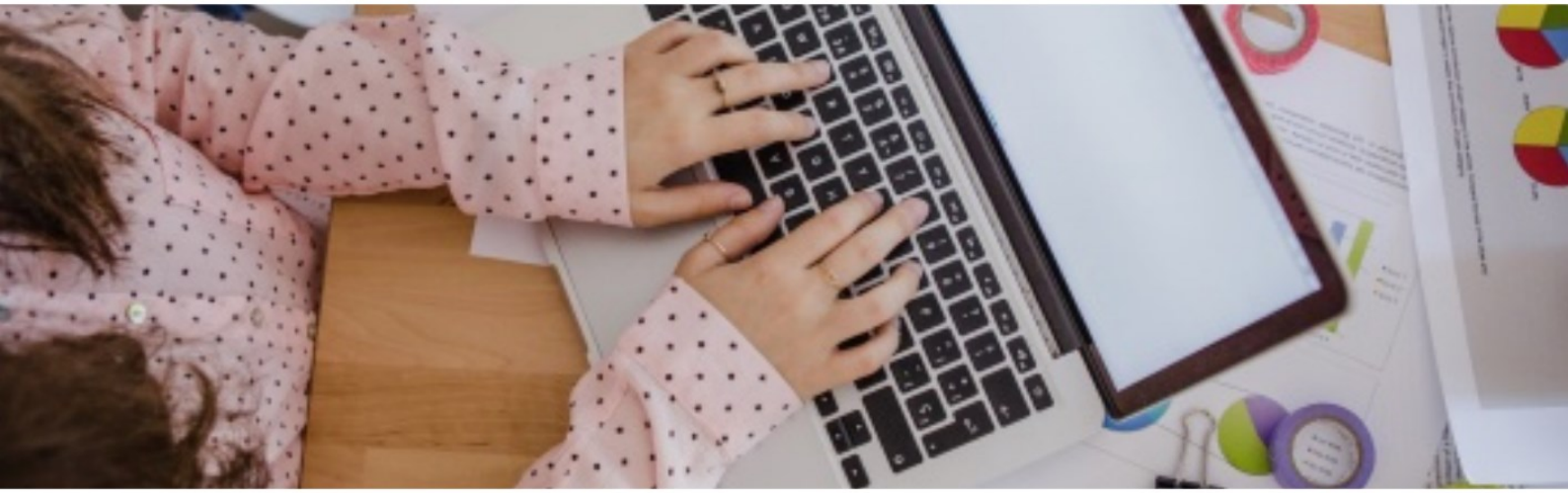
FERNANDA DA SILVA PRIM KUHN

Enfermeira, Técnica do Núcleo de Apoio Institucional, DAPS/SES/SC.

FERNANDA PINHEIRO AGUIAR

Odontóloga,Doutora em Saúde Coletiva (UFRJ) Apoiadora da Vigilância em Saúde pelo Projeto de Integração entre as ações da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde e LAIS/UFRN.

CURRÍCULO DOS AUTORES



GISELE DAMIAN ANTONIO GOUVEIA

Farmacêutica, Doutora em Saúde Coletiva (UFSC). Técnica do Núcleo de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Referência Técnica das Práticas Integrativas, DAPS/SES/SC.

GRAZIELA MADALOSSO BALDIN

Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva (Centro Universitário Metodista), MBA em Gestão de Negócios em Saúde (UNISINOS). Técnica do Núcleo de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, DAPS/SES/SC.

HALEX MAIRTON BARBOSA GOMES E SILVA

Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família (UFMS), Apoiador da Atenção Primária em Saúde pelo Projeto de Integração entre as ações da Atenção Primária e Vigilância em Saúde,Ministério da Saúde e LAIS/UFRN.

RAQUEL CAROLINA DA CUNHA

Nutricionista, especialista em Nutrição Clínica e Fitoterapia aplicada à Nutrição. Técnica do Núcleo de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, DAPS/SES/SC.

SILVIA CARDOSO BITTENCOURT

Médica, Doutora em Ciências Humanas (UFSC). Técnica do Núcleo de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Referência Técnica da Saúde do Idoso, DAPS/SES/SC.

CURRÍCULO DOS REVISORES

REVISORES TÉCNICOS

JANE LANER CARDOSO

Médica Pediatra, Doutora em Saúde Pública (Universidade de São Paulo), Diretora na Diretoria de Atenção Primária à Saúde/SES/SC.

REGINA CÉLIA SANTOS VALIM

Médica Infectologista, Mestrado em Medicina Tropical (FIOCRUZ). Gerente de IST, Aids e Hepatites Virais na Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES/SC.

CAROLINE RIELLA

Fisioterapeuta, Doutora em Engenharia Química - Biomédica (UFSC).
Técnica no Hospital Governador Celso Ramos/SES/SC e Policlínica Sul/Florianópolis.

REVISORES DE NORMATIZAÇÃO

ANGELA SCHMIDT DA ROSA

Bibliotecária da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, Graduada em Biblioteconomia com Habilitação em Gestão da Informação pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) em 2008. Pós-graduada em Gestão de Bibliotecas Escolares, pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. MBA em Gestão da Qualidade e Gestão Ambiental, pelo Centro Universitário Maurício Nassau (UNINASSAU).

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Perfis de acesso ao CoronaDados 27
Figura 02 – Distribuição geográfica dos casos de COVID-19 por 1 milhão de habitantes no mundo, em 10/03/2021 29
Figura 03 - Número acumulado de casos confirmados e número de óbitos, semanalmente, por Covid-2019 por região da OMS no mundo até 10/03/2021..... 29
Figura 04 – Óbitos de COVID-19 por município de notificação..... 30
Figura 05 – Aspectos epidemiológicos da Covid-19 em SC 31
Figura 06 – Distribuição de casos confirmados e óbitos por Covid-19 por macrorregião em SC 32
Figura 07 - Fluxograma de atendimento em RAS 56
Figura 08 – Níveis e pontos de atenção da RAS 57
Figura 09 - Instrumento de Classificação de Risco Gestacional 70
Figura 10 - Exercícios associados com membros superiores e inferiores 105
Figura 11 - Exercício respiratório inspiração fracionada 105
Figura 12 - Exercício respiratório diafragmático 106
Figura 13 - Pronação ativa 106

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - População-alvo da campanha nacional contra a Covid-19 19

Quadro 02 - Descrição dos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021 21

Quadro 03 - Comorbidades de maior risco para complicações da Covid-19 67

Quadro 04 - Classificação clínica da Covid-19 segundo a gravidade 73

Quadro 05 - Escore de Alerta Obstétrico Modificado 74

Quadro 06 - Classificação clínico-funcional do idoso segundo Moraes e Lann..... 77

Quadro 07 - Subcategorias para “Idosos Frágeis”, segundo Moraes e Lanna..... 78

Quadro 08 - Estratificação de risco clínico para definição de prioridade no atendimento de pessoas com DCNT 81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE Atenção Ambulatorial Especializada

APS Atenção Primária à Saúde

AVD Atividades de Vida Diária

COES Centro de Operações de Emergência em Saúde

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM Diabetes Mellitus

EPIs Equipamentos de Proteção Individual

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

ILPIs Instituições de Longa Permanência Para Idoso

OMS Organização Mundial da Saúde

RAS Rede de Atenção à Saúde

RN Recém nascido

SG Síndrome Gripal

SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave

TCAR Tomografia Computadorizada de Alta Resolução

UBS Unidades Básicas de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

UNIDADE 1 - ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19 16

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS, MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARS-COV-2 16

1.1.1 Agente etiológico e modo de transmissão 16

1.1.2 Medidas gerais de prevenção e controle 17

1.1.3 Medidas de controle em Santa Catarina 26

1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O CORONAVÍRUS NO MUNDO, NO BRASIL E EM SANTA CATARINA 28

1.2.1 Situação epidemiológica da Covid-19 no mundo 28

1.2.2 Situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil 30

1.2.3 Situação epidemiológica da Covid-19 em Santa Catarina 31

UNIDADE 2 - GESTÃO DO CUIDADO: ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 37

2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CASO PARA COVID-19 37

2.1.1 Manifestações clínicas.....37

2.1.2 Diagnóstico da Covid-19 38

2.1.2.1 Diagnóstico Clínico 38

2.1.2.2 Diagnóstico Laboratorial para Covid-19.....39

2.1.3 Definição de caso para Covid-19..... 41

2.1.4 Plataforma de triagem de casos de Covid-19 45

2.2 MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO 46

2.2.1 Para lembrar: o contexto da pandemia 46

2.2.2 Medidas para evitar a propagação do vírus no ambiente de atendimento médico ...47

2.2.3 Sobre a infeção por SARS-Cov-2 47

2.2.4 Abordagem dos casos 48

2.2.4.1 Sintomas que podem indicar infecção pelo SARS-Cov-2 49

2.2.4.2 Sobre o manejo de casos leves 51

2.2.4.3 Sobre o manejo de casos moderados 53

2.2.4.4 Sobre o manejo de casos graves 53

2.2.4.5 Exames complementares 54

2.2.4.6 Diagnósticos diferenciais de Covid-19 a serem considerados 54

APRESENTAÇÃO DO LIVRO DIGITAL

2.3 ATENDIMENTO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 55
2.3.1 Atenção Primária à Saúde 57
2.3.2 Atenção Secundária à Saúde 59
2.3.3 Atenção Terciária à Saúde 60
UNIDADE 3 - POPULAÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS 67
3.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES DE RISCO PARA COVID-19 67
3.1.1 Gestantes e puérperas 68
3.1.1.1 Assistência à gestante no pré-natal 68
3.1.2 Critérios de gravidade 72
3.1.3 Assistência à gestante em unidade hospitalar 74
3.1.4 Assistência à puérpera e recém-nascido 75
3.3 OUTROS AGRAVOS 79
3.3.1 Estratificação de risco 80
3.3.2 Acesso a medicamentos 83
3.3.3 Automonitoramento e autocuidado 83
3.3.4 Assistência às pessoas com condições crônicas na suspeita de Covid-19 85
UNIDADE 4 - O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19 90
4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 90
4.2.1 Impactos da Covid-19 no adoecimento mental 93
4.2.3 Identificação de sinais de alerta 94
4.2.4 Orientações de autocuidado 95
4.3 O DILEMA DAS PERDAS NO CONTEXTO DA COVID-19 96
4.3.1 Breve histórico dos estudos sobre luto 96
4.3.2 As perdas vivenciadas em tempos de pandemia 97
UNIDADE 5 - REABILITAÇÃO PÓS COVID-19 103
5.1 REABILITAÇÃO PÓS-INTERNAÇÃO 103
5.2 TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA 104

Prezado profissional de saúde, seja bem-vindo(a) ao livro digital:

Atuação da APS no contexto da COVID-19: informações para profissionais de saúde!

Este livro tem como objetivo, apresentar recomendações relevantes sobre a atuação da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, no manejo clínico da Covid-19 no estado de Santa Catarina.

Ao longo do ano de 2020 e 2021, Santa Catarina vem desenvolvendo ações para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 com atividades intersetoriais coordenadas pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES). Tal enfrentamento pressupõe alterações na forma como os cuidados de saúde são prestados e a reorganização de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua diretamente nesse enfrentamento, sendo porta de entrada da atenção à saúde e realizando o atendimento às pessoas com quadro suspeito de Covid-19 em todos os espectros de gravidade. A linha de cuidado para essa abordagem envolve desde o diagnóstico precoce, ao manejo de sintomas, a identificação de sinais de alerta para agravamento do quadro, a internação e a reabilitação após a alta hospitalar.

Nesse enfoque, o livro digital oferece a oportunidade de rever as recomendações e outros documentos oficiais relevantes sobre a atuação da APS no manejo das síndromes gripais em RAS. O desafio é oferecer subsídios para os profissionais de saúde aperfeiçoarem sua prática nos serviços e garantir o cuidado no contexto da pandemia, respondendo às situações de saúde já existentes e aquelas que se apresentam a cada dia.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em cinco unidades de aprendizagem, conforme quadro abaixo:

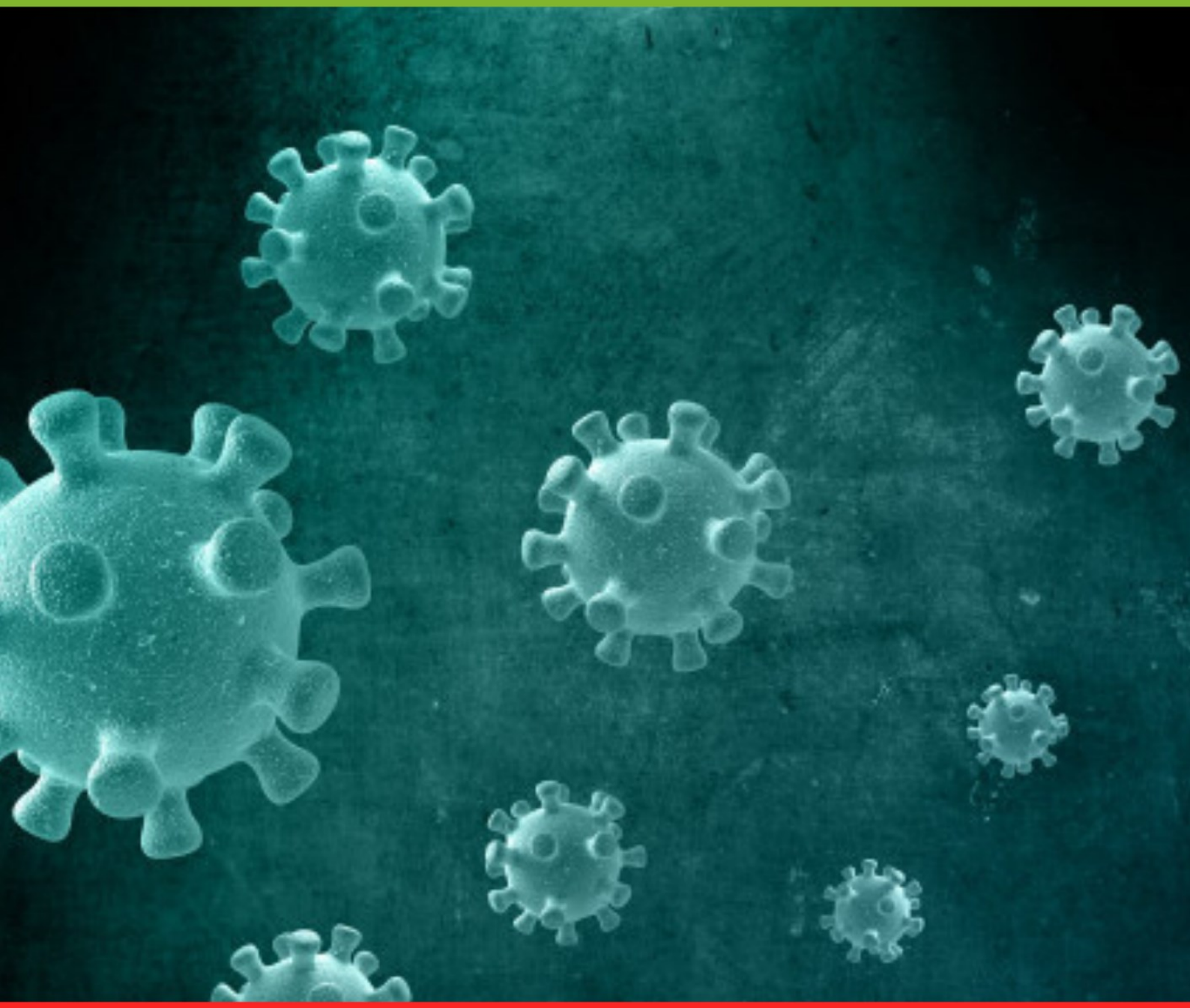
UNIDADE 1	Aspectos conceituais e epidemiológicos da Covid-19
UNIDADE 2	Gestão do cuidado: Atenção Primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde
UNIDADE 3	Populações que necessitam de cuidados especiais
UNIDADE 4	O cuidado em saúde mental no contexto de pandemia da Covid-19
UNIDADE 5	Reabilitação pós Covid-19

Ao longo do texto, foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:

	Palavras do professor: Dicas a respeito do tema.
	Explore o *website*: Indicações de sites, vídeos e videoaulas importantes para seu aprendizado sobre o conteúdo;
	Leitura complementar: Indicações de notas técnicas e outros materiais, para leitura complementar essencial para o aprendizado sobre o conteúdo.
	Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos e outros materiais para aprofundamento do conteúdo.

UNIDADE 1

ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19



AUTORES:
GISELE DAMIAN ANTONIO GOUVEIA
HALEX MAIRTON BARBOSA GOMES E SILVA
FERNANDA PINHEIRO AGUIAR

UNIDADE 1 - ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19

***OBJETIVO DE APRENDIZAGEM*:**
Apresentar as características e controle do SARS-CoV-2 e a situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil e em Santa Catarina;

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS, MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARS-COV-2

1.1.1 Agente etiológico e modo de transmissão

A Covid-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais cerca de 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020a; CONASS, 2020; SANTA CATARINA, 2020a). Sua gravidade e letalidade variam, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas (CDC, 2020; CONASS, 2020).

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectar com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o *alpha coronavírus* 229E e NL63 e *beta coronavírus* OC43, HKU1 (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020).

O primeiro caso de Covid-19 no Brasil, foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo. Em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional (CONASS, 2020b).

A Covid-19 destaca-se pela rapidez de disseminação, dificuldade para contenção e gravidade. De acordo com as evidências atuais, a transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorre indiretamente, pelo contato com superfícies ou objetos que foram utilizados por uma pessoa infectada, tais como celulares, mesas, talheres, maçanetas, brinquedos, teclados de computador, ou diretamente, pelo contato com pessoas infectadas pelo vírus. A transmissão pessoa-pessoa por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa permanece em contato (a menos de 1 metro de distância), com outra pessoa infectada e ela tosse, espirra ou mantém contato direto através de aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, nariz ou boca (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

É incerto quanto tempo o SARS-CoV-2 sobrevive em superfícies, mas parece se comportar como outros coronavírus. Estudos indicam que podem persistir nas superfícies de 2 horas a 9 dias, variando conforme diferentes condições, como tipo de superfície, temperatura, umidade do ambiente e cepa específica do vírus. Calor, pH alto ou baixo, luz solar e desinfetantes comuns (como cloro) facilitam a morte do vírus (UFRGS, 2020; WHO, 2020).

Alguns procedimentos médicos em vias aéreas podem produzir gotículas muito pequenas (aerossóis) que são capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são realizados em pessoas com Covid-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter o vírus. Os aerossóis contendo o vírus podem ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) apropriados (BRASIL, 2020b). Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre por meio de pessoas sintomáticas para outras, quando os EPIs não são utilizados adequadamente.

O período de incubação é estimado entre um a 14 dias, com mediana de cinco a seis dias (CONASS, 2020; SANTA CATARINA, 2020a). Os indivíduos são considerados mais contagiosos quando estão mais sintomáticos. Contudo, também já é conhecido que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, na fase pré-sintomática, geralmente de um a três dias antes do início dos sintomas (CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

Estima-se que cada pessoa infectada possa transmitir o vírus a dois ou três indivíduos (SANTA CATARINA, 2020a). A transmissão por pessoas assintomáticas que nunca desenvolvem sintomas é possível, mas parece ser bastante rara (UFRGS, 2020).

1.1.2 Medidas gerais de prevenção e controle

Até o presente momento, a única estratégia de prevenção reconhecida da infecção pelo SARS-CoV-2 é evitar a exposição ao vírus (BRASIL, 2020c).

Em dezembro de 2020, algumas vacinas candidatas contra a Covid-19 receberam autorização para uso emergencial em alguns países. Estudos abrangentes sobre várias vacinas candidatas têm relatado resultados preliminares encorajadores. Uma vez que se comprove que uma ou mais vacinas são seguras e eficazes, elas são aprovadas pelas autoridades regulatórias nacionais, fabricadas de acordo com os padrões exigidos e distribuídas (OPAS, 2020).

É fundamental lembrar que, embora as vacinas possam conjuntamente ajudar a acabar com a pandemia, a Covid-19 permanece em expansão e, por isso, se fazem

necessárias medidas de prevenção e controle para evitar que o vírus se espalhe e cause mais mortes (OPAS, 2020).

Em Santa Catarina, o Plano Estadual de Vacinação para Covid-19 tem como objetivo geral estabelecer as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação para o SARS-CoV-2. Os objetivos específicos são: apresentar a população-alvo e grupos prioritários para vacinação; otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunas para operacionalização da vacinação no estado; orientar os municípios para planejamento da vacinação contra Covid-19 no âmbito municipal (SANTA CATARINA, 2021a).

Em consonância com o Plano Nacional de Vacinação para a Covid-19, o Plano Estadual de Vacinação para Covid-19 orienta a vacinação de grupos prioritários, até que sejam disponibilizadas doses de vacinas para toda a população. Na última versão atualizada do Plano Estadual de Vacinação (SANTA CATARINA, 2021a) estão listados esses grupos populacionais, conforme Quadro 01 e 02 a seguir.

Quadro 01 - Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021.

(continua)

GRUPO DE COMORBIDADES	DESCRIÇÃO
Diabetes melitus	Qualquer indivíduo com diabetes.
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade.
Doenças cardiovasculares	-
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association.
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônica, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras).
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Quadro 01 - Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021

(**continuação**).

GRUPO DE COMORBIDADES	DESCRIÇÃO
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular <60ml/min/1,73 m2) e síndrome nefrótica.
Doenças imunosupressoras	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm3; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Quadro 02 - Descrição dos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021.

POPULAÇÃO-ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.	Será solicitado documento que comprove a idade e residência. Orienta-se a vacinação no local. Caso haja residentes com idade inferior a 60 anos, estes deverão ser vacinados e todos os trabalhadores desses locais.
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	Pessoas com deficiência que vivem em residência inclusiva (RI), que é uma unidade ofertada pelo Serviço de Acolhimento Institucional, para jovens e adultos com deficiência.	Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência. Orienta-se a vacinação no local, contemplando também os trabalhadores desses locais.
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	Indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).	A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.
Trabalhadores da Saúde	Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Compreende tanto os profissionais da saúde (ex. médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares), quanto os trabalhadores de apoio (ex. recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros), ou seja, todos aqueles que trabalham nos serviços de saúde. Inclui-se ainda aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares (ex. cuidadores de idosos, doulas/parteiras), bem como funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínicas e laboratórios.	Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e o levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na resposta pandêmica nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde. O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, da direção dos serviços de saúde e dos gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderão ser importantes suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação. Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde.

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Quadro 02 - Descrição dos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021

(**continuação**).

POPULAÇÃO-ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Pessoas de 80 anos e mais	Deverão receber a vacina COVID-19 em conformidade com as fases pré-definidas.	Será solicitado documento que comprove a idade.
Pessoas de 75 a 79 anos		
Pessoas de 70 a 74 anos		
Pessoas de 65 a 69 anos		
Pessoas de 60 a 64 anos		
Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	Povos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas ou quilombolas.	A vacinação deverá ser realizada por meio de estratégias específicas a serem planejadas no nível municipal, em algumas regiões haverá apoio da operação gota.
Grupo com morbidades*	Pessoas com 18 a 59 anos com uma ou mais das comorbidades pré-determinadas. (Ver quadro 1 do plano de vacinação)	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão estar pré-cadastrados no SIPNI, aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados poderão apresentar qualquer comprovante que demonstre pertencer a um destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica etc.). Adicionalmente, poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.
Pessoas com deficiência permanente grave	Para fins de inclusão na população-alvo para vacinação, serão considerados indivíduos com deficiência permanente grave aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações: 1. Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir. 3. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar. 4. Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.	Deficiência autodeclarada

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Quadro 02 - Descrição dos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021

(**continuação**).

POPULAÇÃO-ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Pessoas em situação de rua	Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimentopara pernoite temporário ou como moradia provisória, definido no art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.	Autodeclarada e aquelas que se encontram em unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.
Funcionários do sistema de privação de liberdade	Policiais penais e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	O planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Justiça (Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou correlatos), conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	
Trabalhadores da educação	Todos os professores e funcionários das escolas públicas e privadas do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA) e do ensino superior.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do profissional com a escola ou apresentação de declaração emitida pela instituição de ensino.
Forças de Segurança e Salvamento	Policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças de segurança e salvamento ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Forças Armadas	Membros ativos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica).	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças armadas ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	Motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Quadro 02 - Descrição dos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, segundo o Plano Estadual de Vacinação de Santa Catarina, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação, 2021

(**continuação**).

POPULAÇÃO-ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.
Trabalhadores de Transporte Aéreo	Funcionários das companhias aéreas nacionais, definidos pelo Decreto nº 1.232/1962 e pela Lei nº 13.475/2017.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de companhias aéreas nacionais.
Trabalhadores de Transporte Aquaviário	Funcionários das empresas brasileiras de navegação.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.
Caminhoneiro	Motorista de transporte rodoviário de cargas definido no art. 1º, II da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que trata da regulamentação da profissão de motoristas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
Trabalhadores Portuários	Qualquer trabalhador portuário, incluindo os funcionários da área administrativa..	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de trabalhador portuário.
Trabalhadores Industriais	Trabalhadores da indústria e construção civil, conforme Decreto 10.292/2020 e 10.342/2020.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas industriais e de construção civil, como: declarações dos serviços onde atuam, carteira de trabalho, contracheque com documento de identidade, ou crachá funcional.

Fonte: 1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social – SUAS, 2019 – estimada a partir do censo SUAS com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo no grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas; 2) Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena; 3) Trabalhadores de Saúde: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 – dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos

Fonte: Santa Catarina, 2021a.

Dentre as medidas para resposta e enfrentamento da Covid-19 estão as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados conforme orientações médicas (BRASIL, 2020c). Estas medidas devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de controlar a transmissão da Covid-19, permitindo

também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social (BRASIL, 2020a; OPAS, 2020; SANTA CATARINA, 2020).

As recomendações de prevenção à Covid-19 incluem (BRASIL, 2020a; OPAS, 2020; SANTA CATARINA, 2020):

- ✓ Lave com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%. Essa frequência deve ser ampliada quando estiver em algum ambiente público (ambientes de trabalho, prédios e instalações comerciais, etc), quando utilizar transporte público ou tocar superfícies e objetos de uso compartilhado;
- ✓ Ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com a parte interna do cotovelo;
- ✓ Não tocar olhos, nariz, boca ou a máscara de proteção fácil com as mãos não higienizadas;
- ✓ Se tocar olhos, nariz, boca ou a máscara, higienize sempre as mãos;
- ✓ Mantenha distância de pelo menos 1 metro entre pessoas em lugares públicos e de convívio social;
- ✓ Evite abraços, beijos e apertos de mãos;
- ✓ Higienize com frequência o celular, brinquedos das crianças e outros objetos que são utilizados com frequência;
- ✓ Não compartilhe objetos de uso pessoal como talheres, toalhas, pratos e copos;
- ✓ Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados;
- ✓ Se estiver doente, evite contato próximo com outras pessoas, principalmente idosos e doentes crônicos, busque orientação pelos canais *online* disponibilizados pelo SUS ou atendimento nos serviços de saúde e siga as recomendações do profissional de saúde;
- ✓ Mantenha uma alimentação saudável;
- ✓ Recomenda-se a utilização de máscaras em todos os ambientes. As máscaras de tecido (caseiras/artesanais), não são Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mas podem funcionar como uma barreira física, em especial contra a saída de gotículas potencialmente contaminadas.

Caso uma superfície esteja suja ou infectada, o indicado é limpá-la com água e sabão, seguido de um desinfetante a base de álcool 70% ou hipoclorito de sódio a 0,1% (água sanitária). A eficácia de todos os desinfetantes é afetada, em diferentes graus, pelo material

orgânico. Assim, é fundamental limpar as superfícies com detergente e água antes de aplicar um desinfetante. Caso a superfície contenha fluidos corporais ou sangue em serviços de saúde, deverá ser descontaminada com hipoclorito de sódio a 0,5%. A concentração e o tempo de exposição de qualquer desinfetante são parâmetros críticos para sua eficácia (WHO, 2020).

Depois de aplicar o desinfetante em uma superfície, é necessário aguardar o tempo de exposição e secagem necessários para garantir que os microrganismos da superfície sejam mortos. A inativação do vírus pode ser alcançada após 1 minuto com o uso desses desinfetantes anteriormente citados (WHO, 2020).

Limpe as mãos com higienizador à base de álcool 70% ou lave-as com água e sabão (SANTA CATARINA, 2020; UFRGS, 2020). Evite tocar nos olhos, boca ou nariz. Profissionais de saúde devem higienizar as mãos após tocar em superfícies ao redor do paciente (um dos 5 momentos preconizados de higiene das mãos). A higiene das mãos é a medida mais importante para frear a disseminação do vírus (UFRGS, 2020).

1.1.3 Medidas de controle em Santa Catarina

O programa de descentralização e regionalização das ações de combate à Covid-19 iniciou em junho/2020 em Santa Catarina, fornecendo um conjunto de ferramentas para apoio à decisão baseada em dados epidemiológicos, mapeamento da dinâmica de propagação do vírus entre municípios e matriz de avaliação de risco potencial da Covid-19 nas regiões de saúde. O intuito foi que os municípios recebessem subsídios técnicos atualizados semanalmente para auxiliar na tomada de decisão. Nesse sentido, a vigilância epidemiológica das doenças infecciosas sempre foi um grande desafio. No entanto, uma estratégia possível identificada foi a vigilância sindrômica com base no diagnóstico sindrômico das doenças (RIBEIRO; SANCHEZ, 2020).

A importância de utilização de métodos de cálculo de incidência que utilizassem tecnologias leves e que não dependessem de testagem, como o **inquérito rápido da síndrome gripal (SG),** foi de grande importância. Em especial, no período sazonal da gripe influenza e quando se desconhecia ainda mais o comportamento do novo coronavírus. Dessa forma, o método de inquérito da síndrome gripal foi a estratégia utilizada para a vigilância ativa de casos de Covid-19 no estado de Santa Catarina (MOTA, 2008).

Definição!

Inquérito Rápido da Síndrome Gripal: Essa estratégia consiste em entrevista rápida e pontual de pessoas aleatórias nas microáreas pela equipe de Saúde da Família na APS, realizadas por ACS ou outro profissional na busca por sintomas de SG.

O objetivo foi calcular a incidência de SG semanalmente nas regiões de saúde de Santa Catarina. Por ter característica de inquérito rápido, poucas variáveis foram coletadas. O período de coleta de informação inicial do inquérito da SG já foi encerrado no final do ano de 2020 (RIBEIRO; SANCHEZ, 2020).

No início do ano de 2021, ao se constatar uma nova realidade epidemiológica, deu-se início a uma outra estratégia para controle e disseminação da Covid-19: **CoronaDados.** O movimento colaborativo surgiu da necessidade de monitorar diariamente os casos com registro do histórico, permitindo acompanhar também a evolução da Covid-19 e viabilizar ações rápidas para evitar o contágio entre a população.

Vantagens na utilização do CoronaDados (FIESC, 2020):

1. Alerta às equipes de APS de novos casos a serem monitorados;

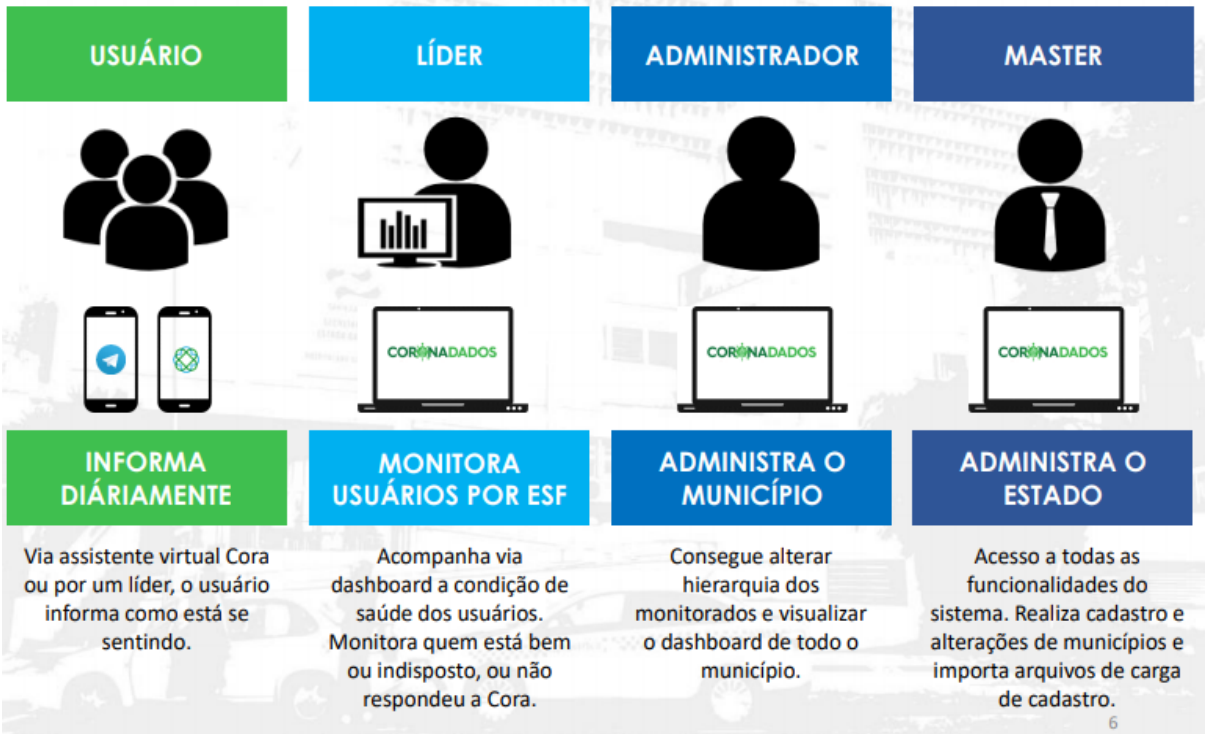
2. Viabiliza o monitoramento diário de quem está sintomático;

3. Acompanhamento da evolução dos sintomas e do tratamento por trabalhadores da APS;

4. Com o uso extensivo, ajuda na identificação de focos localizados da doença.

Após o cadastro, o sistema está ativo para monitorar diariamente as pessoas suspeitas ou confirmadas de Covid-19, conforme o perfil de acesso:

Figura 01 - Perfis de acesso ao CoronaDados



Fonte: Elaboração do Núcleo de Monitoramento e Avaliação, DAS/SES, 2020.

A forma de atuação do CoronaDados foi desenvolvida por meio da colaboração entre Secretaria de Estado da Saúde e Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina:

1. Os dados das notificações no e-SUS VE são alimentados no CoronaDados pela equipe técnica da SES/SC. Assim, o alerta de caso suspeito ou confirmado notificado no e-SUS VE será recebido pelo responsável pelo CoronaDados no município ou unidade de saúde;

2. Responsável que recebeu a informação inicia o monitoramento da pessoa suspeita ou confirmada para Covid-19;

3. O cadastro do telefone celular da pessoa monitorada deverá ser inserido na CoronaDados pelo responsável técnico;

4. A partir deste momento o sistema emite mensagens diárias pela assistente virtual **Cora** perguntando como a pessoa monitorada está se sentindo. Por esse sistema a equipe também pode monitorar os dados de oximetria registrados pelos usuários. Há uma pergunta se a pessoa está monitorando a oximetria; os detalhes do uso desta ferramenta são detalhados em capacitações específicas.

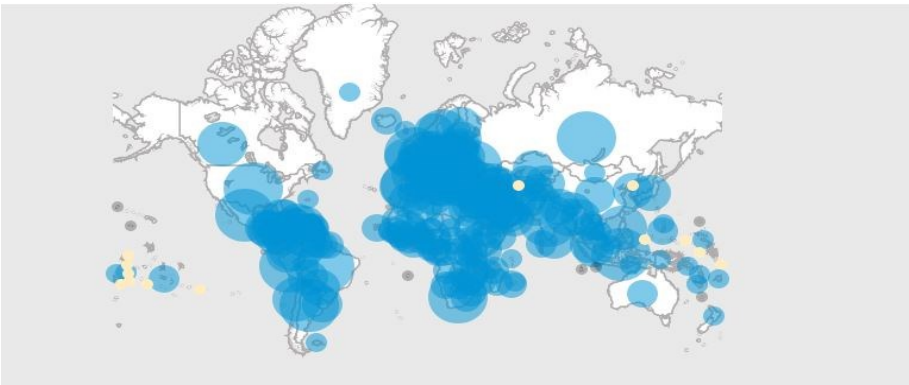
5. A resposta vai para o responsável pelo monitoramento por meio do CoronaDados na unidade de saúde.

1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O CORONAVÍRUS NO MUNDO, NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

1.2.1 Situação epidemiológica da Covid-19 no mundo

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19) como uma **pandemia**. Ou seja, o vírus estava circulando em todos os continentes, com ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificultou a sua identificação precoce (BRASIL, 2020c). Atualmente, foi registrado, até às 02h44 do dia 10/03/2021, o total de 117.332,262 casos confirmados no mundo, resultando em 2.605,356 óbitos e 433,992 novos casos por Covid-19. A taxa de letalidade é de aproximadamente 2,22%. Em 9 de março de 2021, um total de 268.205.245 doses de vacina foram administradas (OMS, 2021).

Figura 02 – Distribuição geográfica dos casos de COVID-19 por 1 milhão de habitantes no mundo, em 10/03/2021



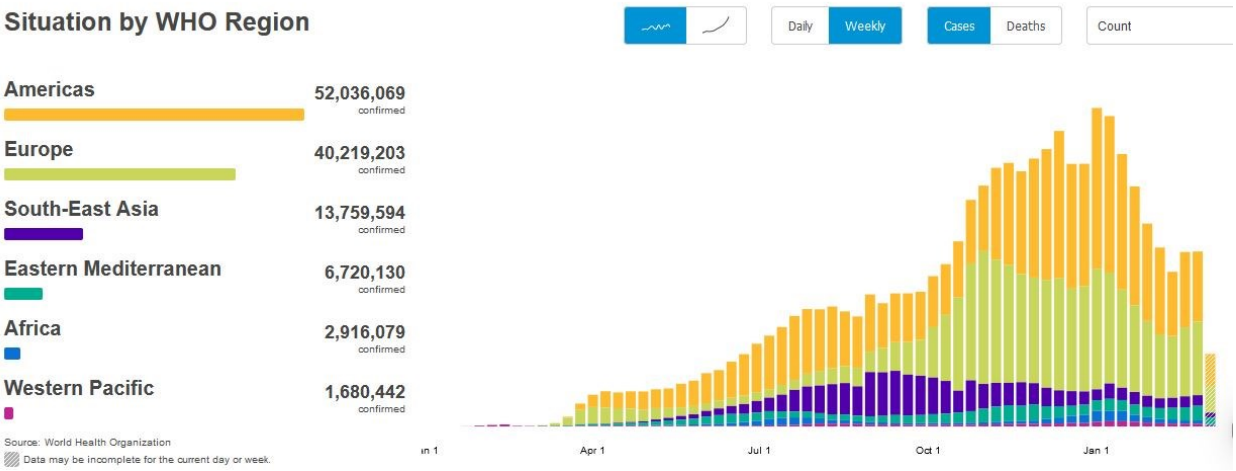
Fonte: OMS, 2021

SAIBA MAIS

Para conferir **dados atualizados da situação do COVID-19 no mundo**, clique aqui.

Sabe-se que na China, por exemplo, a incidência de novos casos está sendo monitorada. Porém, devido à alta patogenicidade do vírus, os casos ainda estão se replicando de forma rápida pelo mundo (OMS, 2021). Observe os gráficos que demonstram o crescimento do número de casos e óbitos de Covid-19 no mundo.

Figura 03 - Número acumulado de casos confirmados e número de óbitos, semanalmente, por Covid-2019 por região da OMS no mundo até 10/03/2021.



Fonte: OMS, 2021

SAIBA MAIS

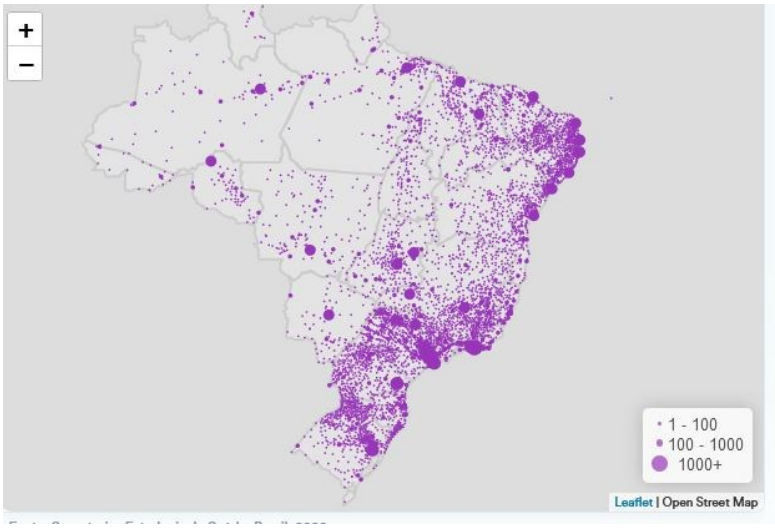
Quem deseja monitorar os casos de coronavírus em tempo real, pode consultar o mapa de ocorrência do vírus em todo mundo que está sendo atualizado constantemente pelo *Channel News Asia´s*. Clique aqui.

Também, pode **avaliar os gráficos de monitoramento** elaborados pela *Universidade Johns Hopkins*, clicando aqui.

1.2.2 Situação epidemiológica da Covid-19 no Brasil

O Brasil registrou até o dia 10/03/2021 às 18h10, 11.202.305 casos confirmados de Covid-19 (5330,7 casos/100 mil hab), 270.656 óbitos acumulados e 9.913.739 casos recuperados. Todos os estados brasileiros apresentam casos confirmados, recuperados e óbitos, sendo Norte, Centro-Oeste, Sudeste as três regiões brasileiras com maior taxa de mortalidade, 156,1/100 mil, 145,8/100 mil hab. e 139,1/100 mil hab., respectivamente. A taxa de letalidade é de 2,4% e a mortalidade é de 128,8 casos/ 100 mil hab. no Brasil (BRASIL, 2021). Observe no mapa abaixo a distribuição do Óbitos de COVID-19 por Município de notificação.

Figura 04 – Óbitos de COVID-19 por município de notificação



Fonte: Brasil, 2021

SAIBA MAIS

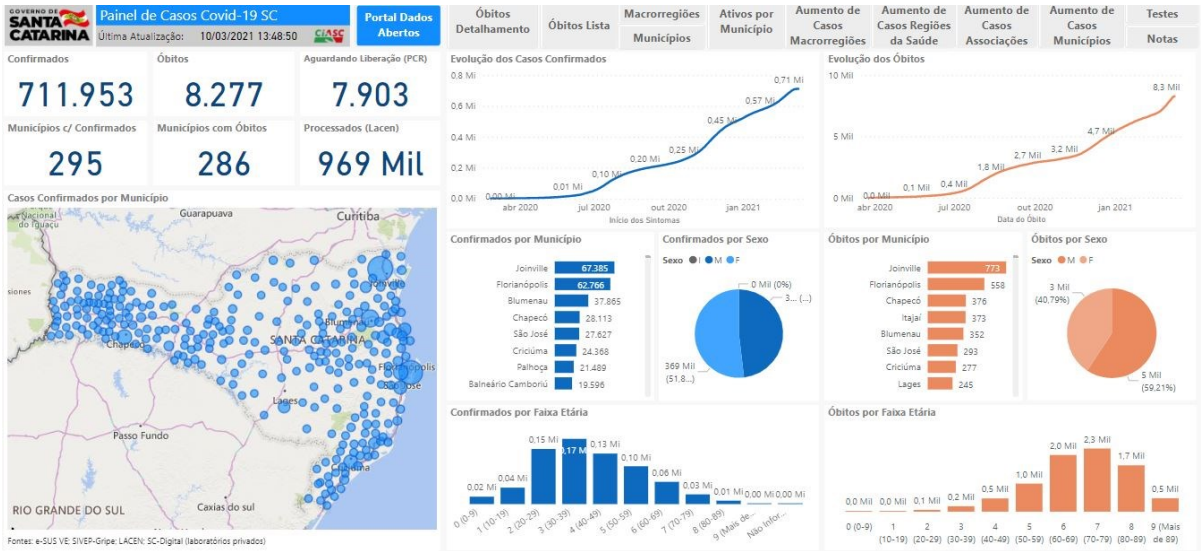
Confira o **Painel Interativo Coronavírus elaborado pelo Ministério da Saúde** e confira os dados atualizados de casos confirmados e óbitos no Brasil e por Estado, clicando aqui.

Você também pode acessar também, os **Boletins Epidemiológicos do Ministério da saúde** sobre Doença pelo Coronavírus 2021. Clique aqui.

1.2.3 Situação epidemiológica da Covid-19 em Santa Catarina

Em Santa Catarina, dos 295 municípios, 286 tiveram óbitos da Covid-19 registrados. Até 10/03/2021 às 13h48, foram registrados o total de 711.953 casos confirmados, 8.277 óbitos, sendo estes 6.294 de pessoas com comorbidades e 1.983 de pessoas sem comorbidades (SANTA CATARINA, 2021b).

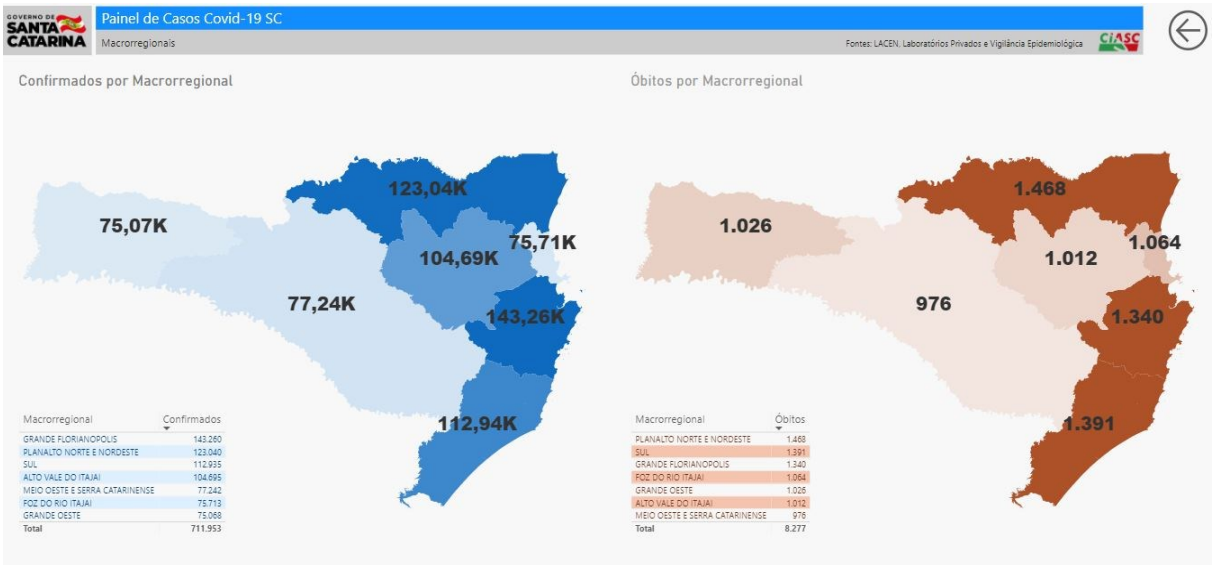
Figura 05 – Aspectos epidemiológicos da Covid-19 em SC



Fonte: Santa Catarina, 2021b.

A taxa de mortalidade, em SC, é de 8.277 óbitos por 1.000.000 de habitantes, sendo a taxa de letalidade de 1,16%. Observe o mapa que apresenta a distribuição dos óbitos por macrorregião:

Figura 06 – Distribuição de casos confirmados e óbitos por Covid-19 por macrorregião em SC



Fonte: Santa Catarina, 2021b.

SAIBA MAIS

Acompanhe o **Painel de Casos Covid-19 elaborado pelo Governo de Santa Catarina** e confira os dados atualizados de casos confirmados e óbitos nas regiões do Estado, clicando aqui.

Você também pode acessar os **Boletins Epidemiológicos da DIVE SC sobre Doença pelo Coronavírus 2021**. Clique aqui.

Analise os **Relatórios do Modelo Epidemiológico de SC**. Nestes documentos, são realizadas projeções das estimativas do número total de infecção diária e do índice de transmissibilidade a partir dos óbitos, bem como os cenários de projeção de óbitos diários e semanais para até 4 semanas. Todos os dias o modelo é alimentado e ajustado via dados disponibilizados pela plataforma BoaVista da CIASC. Confira esta ferramenta, clicando aqui.

Leia a **matriz de risco atualizada em 09/12/2020** para obter informações referentes ao status e as orientações para cada região. Clique aqui.

Você também pode acessar também os **Documentos e notas para profissionais da saúde sobre Doença pelo Coronavírus 2020**, clicando aqui.

E o **Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à COVID-19, 2020b**, clique aqui.

Os dados epidemiológicos são muito importantes para conhecer as doenças infecciosas que são prevalentes em sua cidade, estado e no país, e ainda estar ciente dos

eventos que estão ocorrendo internacionalmente. Recomenda-se que os profissionais de saúde e gestores utilizem os meios oficiais de divulgação de dados (SANTA CATARINA, 2021c).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19:** painel coronavírus. 13 jan. 2021. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: vigilância de síndromes respiratórias agudas: COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 ago. 2020b. *E-book*. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 07 maio 2020c. *E-book*. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diretrizes-para-diagnostico-e-tratamento-da-covid-19-ms/. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** 2020a. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca. Acesso em: 04 jan. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus disease (Covid-19)**. 2021. Atualizado em: 16 fev. 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html. Acesso em: 15 abr. 2021.

CHANNEL NEWS ASIA´S (CNA). **Mapa de ocorrência do COVID-19 todo mundo.** 2021. Disponível em: https://infographics.channelnewsasia.com/covid-19/map.html. Acesso em: 14 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: CONASS, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Dashboard by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University**. 2021. Disponível em: https://coronavirus.jhu.edu/map.html. Acesso em: 14 jan. 2021.

MOTA, E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 11, n. supl. 1, p. 125-128, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1870/1/nacionais%202008.22.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel doença coronavírus da OMS (COVID-19).** 2021. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 10 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19:** escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Atualizado em 12 fev. Brasília: Opas, 2021.Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19. Acesso em: 05 jan. 2021.

RIBEIRO, I. G.; SANCHEZ, M. N. Avaliação do sistema de vigilância da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com ênfase em influenza, no Brasil: 2014 a 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300311&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletins epidemiológicos sobre doença pelo coronavírus 2021.** Florianópolis: SES, 2021c. Disponível em: http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/**.** Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Painel de casos de Covid-19 SC:** casos e óbitos. Florianópolis: SES, 2021b. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDMyMDhkMWItZTI3NC00ZTkzLWJiNTEtOWE1YWQxZjg4MjI2IiwidCI6ImExN2QwM2ZjLTRiYWMtNGI2OC1iZDY4LWUzOTYzYTJlYzRlNiJ9. Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de vacinação**. Florianópolis: SES, fev. 2021a. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/notas-tecnicas/docs/Plano%20Estadual%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o_16.02.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de descentralização e regionalização das ações de combate à COVID-19.** 2020b. Disponível em: https://www.coronavirus.sc.gov.br/apoio-a-decisao/ Acesso em: 16 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Manual de orientações da Covid-19 (vírus SARS-CoV-2).** Florianópolis: SES, atualizado em 15 set. 2020a. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/notas-tecnicas/docs/Manual_15.09.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

UNIVERSIDADE DE TECNOLOGIA E DESIGN DE CINGAPURA. **Monitoramento preditivo do COVID-19**. 2020. Disponível em: https://people.sutd.edu.sg/jianxi_luo/public_html/COVID19PredictionPaper.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas Coronavírus (Covid-19)**: informações para profissionais da APS: versão 9**.** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 30 nov. 2020]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800WHO. Acesso em: 05 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Communications. **Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19:** interim guindance. Geneva: WHO; 29 jul. 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/water-sanitationhygiene-and-waste-management-for-covid-19. Acesso em: 09 jan. 2021.

UNIDADE 2

GESTÃO DO CUIDADO: ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

AUTORES:
DÉBORA BATISTA RODRIGUES
HALEX MAIRTON BARBOSA GOMES E SILVA
FERNANDA PINHEIRO AGUIAR
FERNANDA DA SILVA PRIM KUHNR

UNIDADE 2 - GESTÃO DO CUIDADO: ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM:

Compreender a gestão do cuidado na atenção primária como ordenadora da rede de atenção à saúde no contexto da Covid-19;

2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CASO PARA COVID-19

2.1.1 Manifestações clínicas

A Covid-19 tem apresentação clínica variável. Não há características clínicas específicas que possam distingui-la de outras infecções respiratórias virais. Ela pode se apresentar tanto de forma leve (aproximadamente 80% dos casos) como de forma grave (15% dos casos), com a minoria do total de casos evoluindo com necessidade de cuidados intensivos (5% dos casos) (UFRGS, 2020).

Os sinais e sintomas presentes no início da doença variam, sendo os relatos mais frequentes de febre, tosse seca, alteração do olfato (anosmia) e paladar (disgeusia) (BRASIL, 2020a; SBI, 2020; UFRGS, 2020). No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos, de frequência variável, podem incluir fadiga, anorexia, dispneia, expectoração, calafrios, cefaleia, dor de garganta, mialgias, rinorreia, congestão nasal, náuseas, diarreia, dor abdominal, tontura, sensação de pressão/dor torácica e conjuntivite (ANVISA, 2021; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020a; UFRGS, 2020).

Outras manifestações clínicas extrapulmonares podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2. Estas manifestações incluem: tromboembolismo, alterações cardíacas (arritmias e isquemia miocárdica), alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal), alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas) e alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética) (ANVISA, 2021).

Os sintomas podem variar de acordo com a evolução da doença. Aproximadamente 90% dos usuários apresentam mais de um sintoma, sendo que 15% dos pacientes apresentam febre, tosse e dispneia. Uma em cada seis pessoas infectadas por Covid-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode contrair a Covid-19 e ficar gravemente doente (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020a; CONASS, 2020).

Os profissionais dos serviços de saúde devem permanecer vigilantes quanto ao aparecimento de sintomas, agravamento do quadro clínico, contato com casos confirmados e necessidade de medidas de isolamento.

Lembrar que o agravamento dos casos, muitas vezes, ocorre de forma rápida. Um indivíduo que está bem hoje pode estar em estado grave no dia seguinte. O monitoramento de forma geral é importante para acompanhar a evolução de cada caso e o monitoramento da oximetria pode auxiliar para diagnosticar casos de hipoxemia, pois, muitos indivíduos estão com baixa saturação de oxigênio e não percebem imediatamente essa situação.

Explore o website!
Assista o **vídeo "O Que Acontece Quando Você Pega Coronavírus"** disponível clicando aqui e saiba mais como seu organismo se manifesta na infecção por SARS-CoV-2.

2.1.2 Diagnóstico da Covid-19

2.1.2.1 Diagnóstico Clínico

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos, manifestações clínicas leves como um simples resfriado, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos (BRASIL, 2020d). O diagnóstico depende da anamnese, exame físico e investigação epidemiológica (histórico de deslocamento e contato). O histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do surgimento dos sintomas, com pessoas já confirmadas para Covid-19 deve ser considerado e registrado. A história clínica detalhada e comorbidades também são importantes para avaliação de outros diagnósticos diferenciais possíveis (BRASIL, 2020c; UFRGS, 2020).

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros. Mesmo que não haja vínculo epidemiológico claramente identificável, casos clínicos típicos devem ser tratados como casos suspeitos (BRASIL, 2020b; SANTA CATARINA, 2020a; UFRGS, 2020).

Casos clínicos altamente suspeitos, mesmo sem vínculo epidemiológico identificável, devem ser considerados como casos de COVID-19. A história clínica detalhada e comorbidades também são importantes para avaliação de outros diagnósticos diferenciais possíveis.

Alto índice de suspeição também deve ser adotado para casos clínicos mesmo sem vínculo epidemiológico claramente identificável (BRASIL, 2020b; UFRGS, 2020).

2.1.2.2 Diagnóstico Laboratorial para Covid-19

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 pode ser realizado por teste rápido de antígeno Ag-RDT (*antigen rapid diagnostic test*), teste rápido de anticorpos (testes sorológicos de detecção de anticorpos IgM e/ou IgG) e teste molecular RT-qPCR (SANTA CATARINA, 2021).

Os testes de anticorpos (ou sorologia) são usados para detectar infecção prévia com SARS-CoV-2 e podem auxiliar no diagnóstico da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças e em adultos. Mas não se recomenda o uso de testes de anticorpos para diagnosticar a infecção atual. Dependendo da época em que alguém foi infectado e do momento do teste, o teste pode não detectar anticorpos em alguém com uma infecção no momento. Além disso, atualmente não se sabe se um resultado de teste de anticorpos positivo indica imunidade contra SARS-CoV-2; portanto, neste momento, os testes de anticorpos não devem ser usados para determinar se um indivíduo está imune à reinfecção. O teste de anticorpos pode ser usado para vigilância de saúde pública e inquéritos epidemiológicos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021).

Biologia Molecular

O RT-PCR é um exame de excelente desempenho, em tempo real é o teste padrão-ouro para o diagnóstico de infecção por coronavírus, cuja técnica detecta o RNA viral em amostras coletadas por *swab* da cavidade nasal e orofaringe, por aspirado de secreção da nasofaringe ou até de vias aéreas inferiores (CDC, 2020b; CONASS, 2020; LIMA *et al*., 2020; UFRGS, 2020).

O Ministério da Saúde recomenda que o teste seja coletado entre o 3º e 7º dias de sintomas, preferencialmente, quando a carga viral é maior, podendo ser coletado até o 8º dia. A sensibilidade e especificidade podem variar de acordo com a origem da amostra e fase da doença (ANVISA, 2021; BRASIL, 2020c; UFRGS, 2020).

O exame de RT-PCR deve ser utilizado em: pacientes que apresentem sintomas compatíveis com a COVID-19, indivíduos contactantes de casos confirmados e casos graves e óbitos, respeitando o tipo de coleta e o tempo oportuno (SANTA CATARINA, 2021).

Apresenta como desvantagens o tempo necessário entre a coleta e a disponibilização do resultado, além da necessidade de estrutura laboratorial e de equipe técnica qualificada para sua realização (LIMA *et al.,* 2020; UFRGS, 2020). Casos com RT-PCR positivo não necessitam realizar investigação diagnóstica complementar, esses casos devem ser tratados como casos confirmados de Covid-19. Porém, testes falsos negativos são possíveis, sendo que alguns fatores podem levar a um resultado negativo em um indivíduo infectado, tais como (UFRGS, 2020):

- Má qualidade da amostra: contendo pouco material do paciente, manuseada e enviada de forma inadequada;

- A amostra foi coletada em uma fase muito precoce ou tardia da infecção.

Pesquisa de Antígeno

Os testes de antígeno são imunoensaios que detectam a presença de um antígeno viral específico, o que implica infecção viral atual. Utilizam o método de imunocromatografia (teste rápido), ELISA ou imunofluorescência. O teste é realizado com amostras de *swab* de nasofaringe e/ou orofaringe, ou por saliva, com o propósito de detectar indivíduos com infecção aguda. Em geral possuem uma sensibilidade menor que os exames de RT- PCR. Em geral possuem uma sensibilidade menor que os exames de RT-PCR (CDC, 2021).

A vantagem da técnica é disponibilizar o resultado em menos de 1 hora e ser mais simples e mais barata que o PCR. Como desvantagem, de maneira geral, apresenta sensibilidade menor que o PCR, principalmente em indivíduos assintomáticos com cargas virais baixas. O teste de antígeno tem maior probabilidade de ter um bom desempenho em pacientes com altas cargas virais, na fase sintomática da doença, idealmente entre 5º e o 7º dia de sintomas, podendo ser usado até o 10º dia (BRASIL, 2020e; SANTA CATARINA, 2021).

O teste de antígeno pode ser utilizado para diagnóstico quando o teste RT-PCR não estiver disponível, ou quando o tempo de espera do resultado prejudicar a decisão clínica, desde que tenham sido validados pelas instâncias regulatórias e atendam uma sensibilidade maior ou igual a 80% e especificidade maior ou igual a 97%. (SANTA CATARINA, 2021; DINNES, J. *et al*., 2021).

A Nota Técnica nº. 010/2021 da Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina esclarece sobre o uso de teste rápido de antígeno:

Diante do cenário atual da pandemia no estado de Santa Catarina, o teste Ag-RDT deve ser preferencialmente usado nas unidades de pronto atendimento (UPA), serviços de pronto atendimento, centros de triagem ou nos hospitais de internação específica para pacientes com suspeita de COVID-19 para a triagem por suspeição, correto manuseio e regulação dos pacientes frente à pressão por leitos de UTI; Na disponibilidade de quantitativo, o teste Ag-RDT pode ser usado para realizar separação de coorte dos pacientes em ambientes de internação visando redução de infecção dentro dos serviços de saúde.

Testes Sorológicos

Os testes sorológicos de detecção de anticorpos IgM e/ou IgG detectam a resposta imune do organismo pela presença de anticorpos em relação ao vírus SARS-CoV-2, podendo diagnosticar doença recente ou pregressa, por isso são indicados a partir do 10º dia do início dos sintomas, preferencialmente após o 14º dia (SANTA CATARINA, 2021).

Os testes sorológicos não devem ser utilizados, de forma isolada, como critério para isolamento ou sua suspensão, ou para a tomada de decisão quanto ao retorno de pessoas ao trabalho, independentemente do tipo de anticorpo identificado (IgA, IgM ou IgG) (BRASIL, 2020b; UFRGS, 2020). Resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV-2 e resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta da doença. Resultado deve ser interpretado com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios (NOGUEIRA; SILVA, 2020; UFRGS, 2020). Mesmo validados, é importante saber que os testes rápidos apresentam importantes limitações (a principal delas é que deve ser realizado a partir do 8º dia do início dos sintomas, preferencialmente após o 14º dia), ausência de padronização dos kits, diferentes antígenos e métodos utilizados para a detecção dos anticorpos, assim como o desenho dos estudos de avaliação do desempenho diagnóstico dos testes, resultam em heterogeneidade nos valores de sensibilidade, especificidade, somando-se à questão, a cinética do aparecimento dos anticorpos (BRASIL, 2020b; SANTA CATARINA, 2020a; UFRGS, 2020).

O Ministério da Saúde determina que, somente os testes registrados pela Anvisa, podem ser adquiridos e devem ser utilizados conforme bula do fabricante. No cenário da pandemia, os testes sorológicos da Covid-19 contribuem com a identificação da imunidade comunitária desenvolvida, ou seja, para identificação da prevalência da doença na população. Todo teste possui limitações e deve ser ajustado para sua finalidade potencial (SANTA CATARINA, 2020a).

2.1.3 Definição de caso para Covid-19

As definições de caso e critérios clínicos para a avaliação diagnóstica ainda não são consenso entre os especialistas. Entretanto, pode-se avaliar o quadro da Covid-19 de

maneira clínica e laboratorial. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, mas, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre pode ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico (BRASIL, 2020b).

Segundo o Ministério da Saúde, os critérios considerados para definição de caso de Covid-19 são (BRASIL, 2020b; UFRGS, 2020):

❖ **CASO SUSPEITO**

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre*, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Na suspeita de Covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em crianças os sintomas são os comuns de uma síndrome gripal, como febre, tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta, mas também podem ocorrer aumento da frequência respiratória, sibilos (chiado) e pneumonia. Os sintomas gastrointestinais como vômitos e diarreia podem ocorrer, sendo mais comuns em crianças do que em adultos.

Em idosos: deve-se considerar sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Observação: na suspeita de Covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

*Febre: Considera-se febre aquela acima de 37,8°C. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com Síndrome Gripal que apresente os seguintes sinais de gravidade: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O_2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Em crianças: além dos itens citados anteriormente, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

❖ **CASO CONFIRMADO** (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020)

POR CRITÉRIO CLÍNICO

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU disgeusia aguda (alteração de paladar) sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso suspeito de SG ou SRAG com histórico de **contato próximo ou domiciliar**, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para Covid-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

***Definição Contato próximo de caso suspeito ou confirmado*:** teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos); esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos; profissional de saúde que prestou assistência ao caso de Covid-19 sem utilizar EPI, conforme preconizado, ou com EPIs danificados (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

***Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado*:** pessoa que reside na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros). A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição. Devem ser considerados também os ambientes laborais na avaliação de contato próximo (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas:

- Opacidade em vidro fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- Opacidade em vidro fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- Sinal de Halo Reverso ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiografia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível

com protocolo de baixa dose. O uso de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

POR CRITÉRIO LABORATORIAL

Caso de SG ou SRAG com teste de:

- **Biologia molecular**: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

- **Imunológico**: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ ou IgG realizado pelos seguintes métodos:

a. Ensaio imunoenzimático (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* - ELISA)

b. Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos

c. Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA)

- **Pesquisa de antígeno:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatográfico para detecção de antígeno (teste rápido) para detecção de antígeno em secreções de naso e orofaringe ou saliva (detectado do 1º ao 7º dia de sintomas).

Atenção!
***Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para Covid-19.**

POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO

Indivíduo **assintomático** com resultado de exame:

- **Biologia Molecular**: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

- **Imunológico:** resultado REAGENTE para IgM e/ ou IgA realizado pelos seguintes métodos:

a. Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);

b. Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.

- **Pesquisa de antígeno**: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

CASO DESCARTADO

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma coinfecção OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável. Ressalta-se que

um exame negativo para Covid-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para Covid-19. O registro de casos descartados de SG para Covid-19 deve ser feito no e-SUS notifica (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico (BRASIL, 2020b; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

2.1.4 Plataforma de triagem de casos de Covid-19

O Ministério da Saúde também disponibiliza o banco de imagens para apoiar o atendimento dos casos e permitir agilidade na adoção de condutas por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico da Covid-19. Para utilizar o serviço, o profissional deverá ingressar na plataforma (clique aqui) e fazer o cadastro. O serviço está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana. Os profissionais também poderão contribuir com o banco de imagens, registrando novos casos e ajudando a orientar outros profissionais (CONASS, 2020).

A Portaria MS nº 1792/2020 dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional.

Observação: Todos os casos de síndrome gripal devem ser notificados imediatamente na plataforma e-SUS VE **(clique aqui)**. Os casos assintomáticos que realizaram coleta de amostra clínica para diagnóstico laboratorial, independente do resultado também devem ser notificados imediatamente na plataforma e-SUS VE.

Lembrar que: ao fazer uma notificação todos os dados referentes ao caso devem ser registrados (tais como, telefone, endereço, formas de contato). Têm sido identificadas notificações com dados incompletos e que dificultam o acompanhamento do caso.

Leia as considerações sobre o diagnóstico laboratorial da Covid-19 no Brasil elaboradas pelo Observatório Covid-19, clicando aqui.

Ainda para uma maior compreensão de todo material aqui repassado você deve assistir a **Vídeo Aula: "Abordagem e diagnóstico de caso suspeito de Covid-19"**, clique aqui.

Você também pode consultar a lista de perguntas e respostas **sobre Testes para Covid-19 elaborada pela ANVISA**. Clique aqui. Saiba mais sobre as **medidas não farmacológicas orientadas pelo Ministério da Saúde**. Clique aqui.

2.2 MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO

2.2.1 Para lembrar: o contexto da pandemia

Ainda que a abordagem do indivíduo com quadro de SG e com infecção confirmada pelo coronavírus ocorra no âmbito de abordagem da equipe de saúde, vale relembrar que, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes, familiares e/ou acompanhantes, as medidas para evitar a propagação do vírus devem ser mantidas e intensificadas nesse contexto. Como explica Mendes (2020), são as aglomerações e o desrespeito às medidas de prevenção e distanciamento social que estão determinando a propagação do vírus.

A experiência dos desdobramentos com gripe espanhola no século passado, também causada por um vírus com modo de transmissão semelhante ao SARS-Cov-2, aponta para menos mortes pela doença em cidades nas quais as medidas não farmacológicas foram implantadas de forma agressiva (distanciamento social, evitar aglomerações e usar máscaras, por exemplo) (MENDES, 2020).

A APS é o *locus* privilegiado para ações que envolvem tanto a prevenção de novos casos, como para abordagem inicial dos casos que não puderam ser evitados e para o acompanhamento dos casos de menor gravidade. Além do atendimento presencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no ambiente domiciliar, o uso de dispositivos como celulares, telefones, *tablets* e computadores têm auxiliado no monitoramento e acompanhamento de usuários no seu território pelas equipes que atuam na APS. Essas ferramentas não substituem totalmente o atendimento presencial, mas, têm sido utilizadas

em diferentes lugares, auxiliando a aproximação entre a equipe e a população (UFRGS, 2020; BRASIL, 2020g; ANVISA, 2021).

2.2.2 Medidas para evitar a propagação do vírus no ambiente de atendimento médico

Vale a pena lembrar que o ambiente onde ocorre o atendimento deve ser organizado para evitar a propagação do vírus. Sobre essa questão, relativa aos cuidados com a não propagação do vírus no ambiente de atendimento de usuários da APS:

Leia a "**Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 - Orientações para serviços de saúde**: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)" disponível no site SES-SC (ANVISA, 2021)**. Clique aqui.**

Veja também **como utilizar máscaras e oriente os usuários que procuram a UBS**. O vídeo a seguir, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), pode ser divulgado para os usuários da sua área de abrangência (vídeo de 1minuto e 30 segundos): Acesse aqui ou clicando aqui.

Saiba mais sobre **medidas para evitar contaminações** que os cuidadores devem ter, com a leitura do material desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020). Clique aqui.

2.2.3 Sobre a infeção por SARS-Cov-2

O novo coronavírus (SARS-COV-19) usa o mesmo receptor, enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), como o SARS-CoV, e se espalha principalmente pelo trato respiratório**.** A proteína ACE2 se apresenta em abundância em células epiteliais alveolares pulmonares e enterócitos, notavelmente do intestino delgado, o que pode ajudar a compreender as rotas das manifestações de infecção e da doença, na fase febril, por exemplo (GUO et al, 2020; SANTA CATARINA, 2020).

A glicoproteína S da SARS-CoV-2 se liga aos receptores – ACE2 das células hospedeiras, e esta é considerada uma etapa crítica para a entrada de vírus. Os idosos e as pessoas com doenças subjacentes são suscetíveis à SARS-CoV-2 e tendem a evoluir para condições críticas. O SARS-CoV-2 pode se originar de morcegos ou hospedeiros intermediários desconhecidos e atravessar a barreira das espécies para os seres humanos. As interações vírus-hospedeiro afetam a entrada e replicação virais (GUO *et al.*, 2020; SANTA CATARINA, 2020).

SAIBA MAIS

Esse material, produzido pela FIOCRUZ, pode ajudar a divulgar as informações sobre o SARS-CoV-2 para a população de forma acessível: **O que mais podemos saber sobre o novo coronavírus e a COVID-19?** (FIOCRUZ, 2020a). Clique aqui.

2.2.4 Abordagem dos casos

Os sintomas relativos à infecção pelo novo coronavírus podem levar cerca de 14 dias para aparecer após o contato. Algumas pessoas podem estar infectadas e não apresentarem sintomas, outras podem ter sintomas leves ou moderados e algumas podem ter sintomas graves. Assim, deve haver um olhar atento para sintomas iniciais e para situações de agravamento. Lembrar que pessoas assintomáticas também transmitem o vírus e todos os cuidados para o atendimento de pessoas com outros agravos devem ser tomados, pois podem estar infectadas sem que se saiba.

O uso de máscaras deve ser recomendado sempre na presença de outras pessoas que não convivam no mesmo domicílio e ao sair de casa. Sobre o distanciamento social, tem sido recomendado o distanciamento mínimo de 1 metro entre duas pessoas (ANVISA, 2021; BRASIL 2020a; SANTA CATARINA, 2020; UFRGS, 2020; OPAS, 2021).

No entanto, essa distância tem sido questionada e há recomendação para manter a distância ao menos 1,8m (SBI, 2020) a 2 metros (BRASIL, 2020g; CANADA, 2020a) entre duas pessoas e pelos 1,5 metros se estiver usando máscara (SBI, 2020).

Na anamnese, importante lembrar que ao falar em contato próximo estamos nos referindo a:

- Pessoa que teve contato físico direto com caso confirmado (por exemplo, apertando as mãos, abraçando a pessoa que teve contato direto desprotegido com secreções como gotículas de tosse, porque estava sem máscara ou contato com lenços de papel usados);

- Pessoa que teve contato por mais de 15 minutos a uma distância de menos de um metro com caso confirmado*;

- Pessoa que esteve em ambiente fechado (por exemplo, reunião em sala, sala de aula, sala de espera de serviço de saúde, por mais de 15 minutos a uma distância inferior a um metro);

- Profissional de saúde ou pessoa que cuide diretamente de casos de COVID-19 ou trabalhe em laboratório e que tenha havido falha ou não uso de EPI (ANVISA, 2021; CONASEMS, 2020).

*Vale lembrar que o distanciamento de um metro como conduta segura tem sido revisto e o distanciamento menor de 1,8m tem sido considerado de risco nesses casos (SBI, 2020).

Observação: Indivíduos que se encontrem em situações de qualquer uma das categorias acima, mesmo que assintomáticos devem fazer o isolamento respiratório por 10 a 14 dias e a realização de testes diagnósticos e acompanhamento do caso devem ser avaliados (SBI, 2020).

Os casos de SG e SRAG são considerados sempre suspeitos de infecção por SARS-Cov-2, até que sejam descartados por exames complementares. Sobre a definição de SG e SRAG, veja o item 2.1.4 deste material, além das explicações que constam no item referido.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os critérios e manejo dos casos de síndrome gripal, faça leitura das publicações abaixo:

- **Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Clique aqui.
- A **última versão das orientações para manejo de pacientes com COVID-19. 2020**, disponível no site do MS em 20 dez 2020. Clique aqui.
- **Nota Técnica Conjunta nº 002/2020 – COSEMS/SUV/SPS/SES/SC – COES** (Atualizada em 05/05/2020). Clique aqui.

2.2.4.1 Sintomas que podem indicar infecção pelo SARS-Cov-2

- ✓ Tosse (que não existia antes ou piora de uma tosse já existente)
- ✓ Dor de garganta
- ✓ Coriza
- ✓ Perda do olfato ou perda do paladar
- ✓ Dificuldade para respirar (dispnéia)
- ✓ Febre (temperatura acima de 37,8ºC)
- ✓ Sensação de febre, mesmo que não aferida

- ✓ Calafrios
- ✓ Fadiga ou astenia
- ✓ Dores musculares (mal estar e mialgia)
- ✓ Artralgia
- ✓ Dor de cabeça
- ✓ Sintomas gastrointestinais (dor abdominal, diarreia, vômitos) (ANVISA, 2021; BRASIL, 2020d; BURCH *et al*, 2020; CANADA, 2020; MARANHÃO, 2020; SBI, 2020)

Outros sintomas, como os relatados abaixo, podem aparecer no caso da infecção pelo SARS-Cov-2 (ANVISA, 2021):

- ✓ Tromboembolismo;
- ✓ Alterações Cardíacas (arritmia ou isquemia);
- ✓ Alterações Renais (hematúria, proteinúria, insuficiência renal);
- ✓ Alterações Gastrointestinais (diarreia, náusea, vômitos, dor abdominal, anorexia);
- ✓ Alterações Neurológicas (cefaleia, tontura, encefalopatia, ageusia, anosmia, acidente vascular encefálico);
- ✓ Alterações Hepáticas (aumento transaminases e bilirrubina);
- ✓ Alterações Endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética);
- ✓ Alterações Dermatológicas (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular).

Como as manifestações são diversas e não existe um quadro clínico único, todas as pessoas que chegam com sintomas inespecíficos devem ser investigadas no que se refere aos aspectos epidemiológicos (se teve contato próximo com alguém que testou positivo, se esteve viajando, entre outras situações já definidas no item 2.1 quando falamos da definição de caso epidemiológico).

Os casos suspeitos (que podem se apresentar com diferentes sintomas relatados) devem ser atendidos em área separada dos demais usuários da UBS para evitar a disseminação do vírus caso estejam contaminadas (ANVISA, 2021; BRASIL, 2020d; MARANHÃO, 2020; CANADA, 2020a; SBI, 2020). Pessoas mais jovens podem não apresentar febre. Idosos podem apresentar quadro de confusão mental. Sobre os cuidados ambientais para o atendimento de casos suspeitos verificar o que diz a Nota Técnica da ANVISA citada no item 2.2.3 deste material.

Ao exame físico podem ser percebidos (a) estertores crepitantes inspiratórios, estertores ou sopro tubário em pacientes com pneumonia ou desconforto respiratório à ausculta pulmonar; (b) em quadros mais graves podem ocorrer taquicardia, taquipneia ou cianose acompanhando a hipóxia. Lembrar que a saturação de oxigênio é um importante sinal a ser avaliado nas consultas presenciais (UFRGS, 2020).

2.2.4.2 Sobre o manejo de casos leves

Todos os indivíduos com queixas devem passar por anamnese, exame físico e exames complementares (caso estejam disponíveis no local da assistência). Tem sido preconizado o afastamento do trabalho e de contatos próximos e domiciliares (se necessário) **dos casos suspeitos e confirmados com 14 dias a contar da data do início dos sintomas (fornecer atestado médico)** (BRASIL, 2020d). Porém, levando em conta a melhora clínica, o tempo de 10 dias de afastamento a partir dos primeiros sintomas ou da confirmação por teste de PCR nasal pode ser fator considerado. Essa diferença no tempo de recomendação, 10 ou 14 dias para casos sintomáticos, leva em conta a não presença de febre nas últimas 24 horas para o afastamento de 10 dias. No caso de contatos assintomáticos com teste positivo para PCR o tempo de afastamento do trabalho é de 14 dias (SBI, 2020).

O monitoramento deve ser feito a cada 24 horas para pessoas com mais de 60 anos e com condições clínicas de risco e a cada 48h para os demais. Os contatos domiciliares desses indivíduos também devem realizar medidas de distanciamento social. Caso necessário, devem receber atestado médico (CID Z 20.9). Caso o contato inicie com sintomas neste período de 14 dias, deve haver notificação do mesmo e o período de 14 dias de afastamento deve ser reiniciado (BRASIL, 2020d).

Nos casos leves não há indicação para uso de medicamentos específicos até o momento. Orienta-se o que o indivíduo faça repouso e pode ser prescrito o uso de sintomáticos para febre (paracetamol ou dipirona), caso necessário (MARANHÃO, 2020; CONASEMS, 2020; UFRGS, 2020; SBI, 2020). O uso de anti-inflamatórios não esteroidais, de forma rotineira, está contra indicado. Além disso, deve-se manter hidratação (CONASEMS, 2020; UFRGS, 2020).

Não se recomenda o uso de antibióticos nos casos leves de forma profilática. O uso dessas drogas deve ser indicado apenas se houver indícios de coinfecção bacteriana. Também não é recomendado o uso de corticosteróides sistêmicos para o tratamento de casos leves e moderados. O uso de heparina é reservado para pacientes internados e sem contraindicações (UFRGS, 2020). Para pacientes com Síndrome Gripal que possuam fatores de risco para complicações e para todos os casos de SRAG está indicado o uso de Oseltamivir (UFRGS, 2020; MARANHÃO, 2020; CONASEMS, 2020), levando em conta a possibilidade de infecção por Influenza nesses pacientes. A droga deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 48 horas a partir da data de início dos sintomas. Em casos graves pode ser iniciada após esse período. Seu uso está recomendado a partir da abordagem sindrômica de casos de Síndrome Gripal, não é um medicamento específico para a COVID-19. Na exclusão do diagnóstico de Influenza a droga pode ser suspensa (UFRGS, 2020).

Os casos leves podem ser acompanhados pela APS desde que sejam tomadas medidas de isolamento domiciliar e atenção a sinais de complicações. São indivíduos que apresentem febre baixa, tosse, mal estar não intenso, rinorreia ou dor de garganta e que

não apresentem nem (a) dispneia ou esforço respiratório; nem (b) tosse com escarro ou hemoptise; nem alterações do estado mental (UFRGS, 2020).

A identificação precoce dos sinais de agravamento prevenindo complicações e óbitos, e a capacidade de monitorar remotamente os pacientes que não requerem hospitalização é essencial para otimização do cuidado de acordo com a necessidade das pessoas. A utilidade da oximetria de pulso como uma estratégia no monitoramento para Covid-19 é válida para determinar a necessidade de hospitalização (MELO; MACEDO; PEREIRA, 2020).

A oximetria de pulso em domicílio pode identificar as pessoas com hipoxemia silenciosa antes do início dos sintomas graves e insuficiência respiratória ao fornecer dados sobre a saturação de oxigênio transportado pelas hemoglobinas presentes no sangue arterial (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2020).

Essa estratégia foi desenvolvida em Santa Catarina, tendo como objetivo identificar precocemente sinais e sintomas de Covid-19 e monitorar os casos suspeitos ou confirmados com o reconhecimento de sinais de alerta para a agudização. Os municípios receberam um quantitativo de oxímetros e a distribuição teve como critério: número de equipes de Saúde da Família, número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), número de aldeias indígenas e número de casos ativos de Covid-19.

- ✓ Saturação de Oxigênio maior ou igual a 95% e pessoa relatando estar melhor ou estável: sem necessidade de encaminhamento. Reforçar os cuidados e sinais de gravidade a observar, bem como orientar a procura por atendimento médico se apresentar piora.

- ✓ Saturação de Oxigênio maior ou igual a 95% e pessoa relatando estar sentindo-se pior: orientar procurar a unidade de saúde.

- ✓ Saturação de Oxigênio entre 93% e 94%, independentemente do relato da pessoa: encaminhá-la para reavaliação na unidade de saúde, e se necessário, orientar a procurar o pronto atendimento ou hospital.

- ✓ Saturação de Oxigênio abaixo de 93%, independentemente do relato da pessoa: orientar a procurar o pronto atendimento ou hospital imediatamente (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2020).

É de extrema importância que ao identificar a necessidade de reavaliação na UBS ocorra a comunicação à equipe sobre o encaminhamento, para facilitar a processo de trabalho após a chegada dessa pessoa na unidade (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2020).

2.2.4.3 Sobre o manejo de casos moderados

É considerado caso moderado aquele que precisa de internação, mas não necessita de UTI. Indivíduos com comorbidades que necessitam estabilização clínica (ausência de febre e dispneia por pelo menos 48 horas), quando atendido na APS, deve ser estabilizado e encaminhado para serviço de maior complexidade. A necessidade de estabilização clínica será definida pela avaliação médica, a partir dos sinais, sintomas e da história clínica do paciente (BRASIL, 2020d).

Pacientes com evidência clínica ou radiológica de doença respiratória e SatO2 ≥ 94% em ar ambiente estão incluídos na categoria "caso moderado" (ANVISA, 2021). Também são considerados casos moderados aqueles em que o paciente apresenta tosse persistente e febre persistente diária; OU tosse persistente com piora progressiva de outros sintomas relacionado à Covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia, hipotermia); OU presença de fatores de risco para complicações e tosse persistente ou febre persistente ou piora progressiva de outros sintomas (UFRGS, 2020).

2.2.4.4 Sobre o manejo de casos graves

É considerado caso grave aquele em que o indivíduo se encontre com (BRASIL, 2020h; UFRGS, 2020):

- ✓ Dispneia;
- ✓ Desconforto respiratório grave;
- ✓ Obstrução respiratória ou ausência de respiração;
- ✓ Cianose central (de lábios ou face);
- ✓ Hipóxia;
- ✓ Queda importante do estado geral;
- ✓ Pressão persistente no tórax;
- ✓ Choque;
- ✓ Coma ou convulsões;
- ✓ Saturação de O2 < 95% em ar ambiente.

Casos dessa categoria que cheguem na APS, devem receber o primeiro atendimento e serem encaminhados para serviço de maior complexidade com urgência. Esses pacientes devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia suplementar imediatamente. A abordagem deve atingir SpO2 entre 92-96%. Iniciar a oxigenoterapia a 5L/min e avaliar as taxas de fluxo para atingir a meta SpO2 ≥ 92%. Pode ser utilizada máscara facial não reinalante com bolsa reservatório (de 10-15L/min), se o paciente estiver em estado grave. Acesso venoso periférico e hidratação também devem ser medidas do atendimento inicial na

APS. Assim que o paciente for estabilizado, a meta é SpO2 de 92 a 96% (BRASIL, 2020d; UFRGS, 2020).

Ainda que os pacientes graves não sejam acompanhados na APS, vale lembrar que o isolamento respiratório para esses casos deve ser de 20 dias, conforme análise individual (SBI, 2020).

2.2.4.5 Exames complementares

A testagem de casos suspeitos é importante para confirmar o diagnóstico e para efetuar medidas que limitem a transmissão do vírus. Sempre que possível, os testes devem ser realizados. O Teste molecular RT-PCR é o teste de escolha para pacientes sintomáticos na fase aguda. A recomendação é que o teste seja coletado entre o 3º e 7º dias de sintomas, preferencialmente, quando a carga viral é maior, podendo ser coletado até o 8º dia. Casos positivos não necessitam de outros testes para confirmação. Casos negativos podem ser falso negativo. Nesses casos o teste deve ser repetido e outros critérios (clínicos e epidemiológicos) devem ser levados em conta para a confirmação do caso (BRASIL, 2020a; SANTA CATARINA, 2020b; UFRGS, 2020). Esse exame tem cerca de 60 a 80% de sensibilidade se coletado no período indicado. São raros os casos de falso positivo. Caso o teste seja negativo, mas a suspeita epidemiológica for grande, deve ser feito o isolamento respiratório de 10 dias (SBI, 2020).

Os testes para anticorpos têm sensibilidade baixa quando realizados na primeira semana após o início dos sintomas. Quando realizados 15 ou mais dias após o início dos sintomas (quando o teste PCR tem menor sensibilidade) os testes de anticorpos totais podem ser úteis para a detecção de infecção anterior por SARS-Cov-2. Não se sabe ainda quanto tempo dura o aumento de anticorpos específicos, no entanto, estudo de revisão aponta para sensibilidade de 30,1% (IC 95% 21,4 a 40,7) 1 a 7 dias, 72,2% (IC 95% 63,5 a 79,5) 8 a 14 dias, e 91,4% (IC 95% 87,0 a 94,4) 15 a 21 dias após o início dos sintomas, na dosagem de IgG e IgM em conjunto (DEEKS et al., 2020; COCHRANE, 2020). Seu uso parece ter maior validade para avaliação do contexto epidemiológico (SBI, 2020).

Sobre os exames complementares para diagnóstico da infecção por SARS-Cov-2 ver o item 2.1.4 deste material. Outros exames complementares, laboratoriais ou de imagem podem ser solicitados a partir da avaliação médica, de acordo com o quadro clínico apresentado e das comorbidades dos pacientes.

2.2.4.6 Diagnósticos diferenciais de Covid-19 a serem considerados

- ✓ Síndrome Gripal por Influenza (quadro muito parecido com COVID-19, porém a ageusia, anosmia e mialgia são mais comuns estarem associados a esta);

- ✓ Resfriado comum;
- ✓ Pneumonia bacteriana (costuma ter tosse produtiva, achados de exames de imagem diferente);
- ✓ Tuberculose;
- ✓ Coqueluche;
- ✓ Rinossinusite;
- ✓ Exacerbação de DPOC e asma (UFRGS, 2020).

Sobre as características do diagnóstico diferencial para COVID-19 sugere-se a leitura do manual **Telecondutas Coronavírus (COVID-19): informações para profissionais da APS**: versão 9. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 30 nov. 2020]. Disponível aqui em especial Apêndice A (UFRGS, 2020).

2.3 ATENDIMENTO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A RAS forma arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado da população assistida (CONASS, 2015). Sabemos que a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e frente à atual situação, a implantação de medidas para o seu fortalecimento deve ocorrer no nível local, com a adoção do modelo já estabelecido nos protocolos de atenção à Covid-19 e às doenças respiratórias.

Para uma melhor atuação, ações estruturantes da APS são fundamentais, pois a assistência à Covid-19 precisa dar conta das necessidades das pessoas nas diferentes fases da infecção e em todo o espectro de gravidade, em uma linha de cuidado que envolve desde o diagnóstico precoce, o manejo clínico e a identificação precoce de sinais de alerta para agravamento do quadro, à internação hospitalar, reabilitação após a alta e o monitoramento das pessoas suspeitas ou confirmadas para Covid-19 em todo este percurso (SANTA CATARINA, 2020).

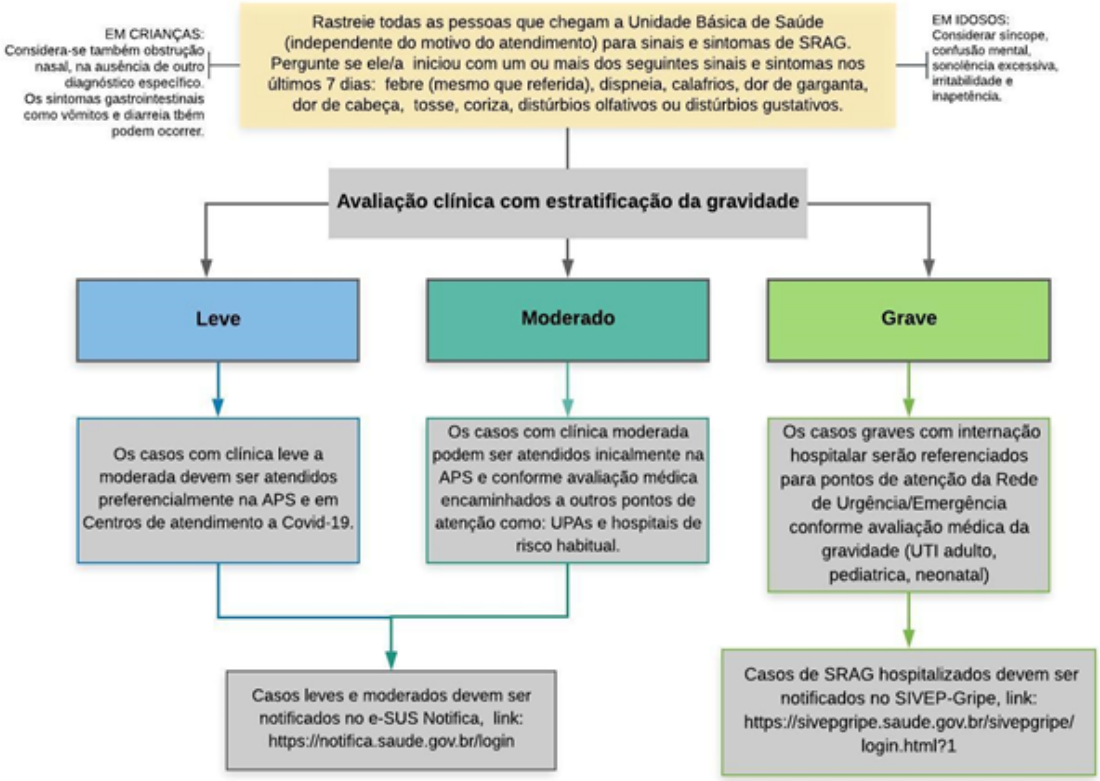
Acesse a Nota Técnica COES 015/2020 para compreender o atendimento em rede de suspeitos ou confirmados para Covid 19.

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre o **atendimento em rede de suspeitos ou confirmados para Covid-19**, clicando aqui.

Independentemente da forma de acesso à RAS, as orientações devem sempre ser feitas no ponto de acesso ao qual o usuário se dirigiu. Vale lembrar que, "de acordo com estimativas oficiais, 81% das pessoas acometidas pela Covid-19 poderiam ser manejadas na APS, 14% vão precisar de internação hospitalar e 5% demandarão leitos de UTI" (CONASS, 2020b, p.10). O fluxo de atendimento deve ser organizado de acordo com a gravidade dos casos. Para isso, sugere-se adotar um fluxograma de atendimento (figura 07).

Figura 07 - Fluxograma de atendimento em RAS

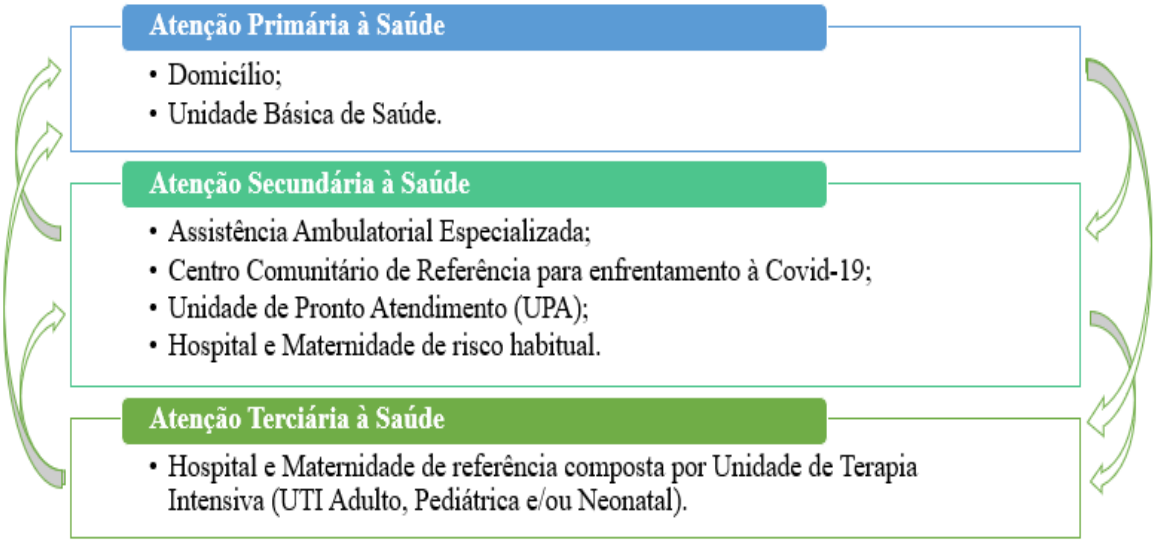


Fonte: Elaboração dos autores (2021)

A qualidade no cuidado, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade (BRASIL, 1988).

Partindo-se desta realidade, o compartilhamento do cuidado com outros serviços de referência da RAS (Figura 08) é considerado como uma forma de estruturação dos fluxos e garantia de assistência em todos os níveis de atenção.

Figura 08 – Níveis e pontos de atenção da RAS



Fonte: Elaboração dos autores (2021).

A figura acima exemplifica os níveis de atenção que compõem a RAS (MENDES, 2011):

1. Atenção Primária à Saúde;
2. Atenção Secundária à Saúde; e,
3. Atenção Terciária à Saúde.

Em cada nível de atenção podemos observar os pontos de atenção que o compõem. Assim, o usuário que chega até um determinado ponto de atenção pode ser referenciado e/ou contrarreferenciado de acordo com a gravidade de seu quadro clínico. Agora vamos entender mais sobre cada componente da RAS.

2.3.1 Atenção Primária à Saúde

Os pontos de atenção articulam-se com a evolução clínica da doença e suas possíveis sequelas, que expressam as necessidades de saúde dos pacientes. A APS tem papel fundamental nessa abordagem comunitária e de vigilância em saúde, em especial a equipe de Saúde da Família que é multiprofissional, enfoque comunitário e territorial e que apresenta ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população. Esta, pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle e na continuidade do cuidado (MEDINA *et al*., 2020).

Nesse aspecto, se insere a longitudinalidade por meio do acompanhamento do

cuidado ao paciente em toda a RAS, sendo uma característica da APS (BRASIL, 2017). É fundamental, mesmo diante da pandemia da Covid-19 dar continuidade aos cuidados rotineiros da APS, pois as necessidades permanecem e corre-se o risco de os quadros se agravarem e da mortalidade aumentar por outras causas.

Apontamos medidas que devem ser adotadas em domicílio (CONASS, 2020b):

✓ Medidas educativas de prevenção: uso de máscara, distanciamento social, higienização de mãos e ambiente, continuidade do acompanhamento dos moradores com condição crônica pela equipe de Saúde da Família;

✓ Teleatendimento dos usuários com SG em isolamento domiciliar;

✓ Orientação para consulta presencial nos casos de instabilidade clínica persistente (sem consulta na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)), pós alta hospitalar ou não comparecimento nas últimas consultas agendadas;

✓ Visita peridomiciliar pelos ACS;

✓ Visita domiciliar para consulta presencial de paciente de alto risco com necessidade de exame clínico, como idosos frágeis e portadores de condições crônicas.

Apontamos medidas que devam ser adotadas na UBS (ENGSTROM *et al*, 2020):

✓ Articular fluxos com os demais componentes da RAS, notadamente os serviços de especialidade, serviços hospitalares e de urgência e emergência;

✓ Definir critérios de encaminhamento e alta para outros serviços da rede;

✓ Acompanhar à distância a situação de usuários internados e manter canal de comunicação com familiares, evitando que estes procurem o hospital;

✓ Compreensão sobre as mudanças nas modalidades de acompanhamento, a utilização da teleconsulta e do atendimento presencial, renovação de receitas e entrega de medicamentos, realização de exames;

✓ Ampliar o horário de atendimento para situações agudas e também para o acompanhamento de condições crônicas conforme as necessidades reais da população;

✓ Condições crônicas consideradas casos suspeitos de SG devem ser estratificadas e avaliadas de acordo com a gravidade da SG e de sua condição crônica (na Unidade 3 explicaremos melhor sobre este assunto);

✓ Utilizar o oxímetro para monitoramento dos casos de Covid-19;

✓ O atendimento e a transição do paciente de um ponto de atenção a outro devem ser orientados por diretrizes clínicas e demais instrumentos voltados à identificação da síndrome gripal e Covid-19, da presença de vulnerabilidade social, do grau de gravidade da doença e da detecção precoce da SRAG;

✓ Teleinterconsulta com a equipe da AAE para discussão de casos e atualização de plano de cuidados de usuários de alto e muito alto risco, principalmente aqueles com condição crônica e SG ou aqueles com SRAG pós alta hospitalar que serão monitorados diretamente na APS;

✓ O transporte de pacientes deve ser pronto e adequado, especialmente nos casos graves;

✓ O trabalho dos ACS é importante para o cuidado e em particular para a vigilância em saúde, na busca ativa de casos e identificação de suspeitos e seus contatos, identificação de pessoas de alto risco, apoio ao monitoramento clínico, comunicação, orientação e articulação com lideranças comunitárias.

2.3.2 Atenção Secundária à Saúde

Os atendimentos na AAE são eletivos, ou seja, programados para os usuários com condições crônicas não agudizadas, previamente cadastrados, acompanhados e estratificados pela APS. Neste sentido, as recomendações são para manter as atividades reorganizando os processos de trabalho, com atendimento presencial quando houver necessidade, conforme o grau de estabilidade da subpopulação alvo (CONASS, 2020a).

A APS entra em contato com a equipe da AAE e repassa as informações sobre o usuário que apresenta critério de encaminhamento para o ambulatório (conforme estratificação de risco, estabilização e capacidade de autocuidado), compartilhando o cuidado.

A equipe da AAE confirma a estratificação e realiza a classificação do usuário definindo a melhor forma de atendimento, se presencial, domiciliar ou não presencial (à distância). Acompanhando o usuário até a estabilização clínica de forma compartilhada com a APS (CONASS, 2020b).

A equipe da AAE deve participar sistematicamente de reuniões com as secretarias municipais e estadual e com os demais pontos de atenção que integram a RAS, visando o enfrentamento da Covid-19, a contribuição para a definição dos fluxos assistenciais, unidades de referência de urgência, hospitais e maternidades; transporte sanitário e monitoramento e a garantia da atenção segura e adequada. É importante a compreensão de que o risco de agravamento e morte pelo não acompanhamento desses usuários com condições crônicas não agudizadas pode ser maior do que o risco de adoecimento pela Covid-19. Para a operacionalização das estratégias de atenção, é necessário o engajamento de toda a equipe (CONASS, 2020a).

Nos Centros Comunitários de referência para enfrentamento a Covid-19 a identificação da necessidade de tratamento deve ser imediata. O estabelecimento do

potencial de risco, presença de agravos à saúde ou grau de sofrimento também. É necessário ainda a estabilização e encaminhamento aos níveis de atenção à saúde conforme fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos e a testagem da população de risco, considerando os públicos-alvo e respectivas indicações (CONASS, 2020a).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) deve estar articulada às centrais de leitos e de transporte, e estar preparada para os atendimentos de usuários com SRAG transferidos após atendimento na APS. Confirmação do diagnóstico, notificação, estabilização e encaminhamento para internação em hospital geral ou com leito de UTI conforme a gravidade são ações deste ponto de atenção.

A comunicação com a APS e a contrarreferência dos usuários que precisam de monitoramento durante o período de isolamento domiciliar e restabelecimento completo, principalmente para os usuários do grupo de risco também são atribuições desse ponto de atenção.

Por último, as maternidades de risco habituais e hospitais gerais têm a responsabilidade de estabilizar e se precisar, internar usuários para acompanhamento clínico e realizar a transição do cuidado para hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal. Cabe destacar a elaboração do plano de alta e transição do cuidado pós alta para o acompanhamento na APS, até o restabelecimento completo do usuário e continuidade do plano de cuidados (CONASS, 2020a).

2.3.3 Atenção Terciária à Saúde

Chegamos ao último nível de atenção, onde encontramos os hospitais e maternidades referências com disponibilidade de leitos de UTI. Neste ponto de atenção os espaços físicos, equipes de profissionais e fluxos assistenciais e de apoio para Covid-19 são separados dos demais usuários internados por outras demandas. A gestão diária dos leitos e registro eletrônico no censo hospitalar do Ministério da Saúde e Sistema Estadual de Gestão de Leitos dos dados de ocupação de leitos Covid-19 é uma obrigatoriedade (CONASS, 2020b).

A comunicação e apoio aos familiares de usuários internados com atitude de escuta e acolhimento, fisicamente ou por meio de tecnologias disponíveis e a transição do cuidado pós alta para acompanhamento pela equipe da APS até o restabelecimento completo do usuário e continuidade do plano de cuidados são também atribuições deste ponto de atenção (SANTA CATARINA, 2020).

Vale salientar a importância da integração entre os pontos de atenção da rede, com estratégias de comunicação clara e efetiva e colaboração entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020:** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos (atualizada em 25/02/2021). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/view. Acesso em: 27 fev. 2021.

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Pulse oximetry. **Patient education**: information series, New York: American Thoracic Society, v. 184, p1, 2011. [versão UpToDate, mar. 2018]. Disponível em: https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/pulse-oximetry.pdf. Acesso em: 27 dez. 2020.

BORNSTEIN, V. J.; GOLDSCHMIDT, I.; TRAVASSOS, R. **O que mais podemos saber sobre o novo coronavírus e a COVID-19?.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020a. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41364/2/Cartilha%20Ed%20Popular%20Covid-19.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: vigilância de síndromes respiratórias agudas: COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 ago. 2020b. *E-book*. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para manejo de pacientes com Covid-19**. 2020d. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf. Acesso em: 9 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 07 maio 2020c. *E-book*. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diretrizes-para-diagnostico-e-tratamento-da-covid-19-ms/. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Doença pelo coronavírus: COVID-19. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 36, [especial], p. 1-69, 2020e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo coronavírus COVID-19. **Boletim Epidemiológico Especial,** Brasília, DF, v. 49, Semana Epidemiológica 5 (31/1 a 6/2/2021), 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/11/boletim_epidemiologico_covid_40-1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** 2020a. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca. Acesso em: 28 dez. 2020.

BURCH, Jane; JACKSON, Christopher; BUNT, Christopher. What is the accuracy of World Health Organization (WHO)-specified and related COVID-19 symptoms for diagnosis of COVID-19? **Cochrane Clinical Answers**, 17 jul. 2020. DOI: https://doi.org/10.1002/cca.3215. . Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.3215/full. Acesso em: 18 dez. 2020.

CANADÁ. **Coronavirus disease (COVID-19)**: symptoms and treatment. Ùltima modificação 20 nov. 2020. Disponível em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html. Acesso em: 18 dez. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus disease (Covid-19)**. 2020a. Atualizado em: 08 dez. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html. Acesso em: 27 jan. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Overview of testing for SARS-CoV-2 (COVID-19)**. 21 out. 2020b. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Overview of testing for SARS-CoV-2 (COVID-19).** 17 mar. 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html. Acesso em: 16 abr. 2021.

COCHRANE. Cochrane Special Collections. **Coronavírus (COVID-19):** medidas para o controle e a prevenção de infecções. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.3215/full. Acesso em: 18 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: CONASS, 2020.

Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: CONASS, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Diretrizes para a organização da atenção ambulatorial especializada durante a pandemia da Covid-19**: instrumento para a planificação da atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2020a.

DINNES, J.; DEEKS, J. J.; BERHANE, S.; et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2021**, n. 3. Art. No.: CD013705. DOI: 10.1002/14651858.CD013705.pub2. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013705.pub2/epdf/full. Acesso em: 12 abr. 2021.

DEEKS, Jonathan J. *et al.* Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. **Cochrane Database of Systematic Reviews Diagnostic**, 25 jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013652. Acesso em: 18 dez. 2020.

ENGSTROM, E. *et al*. **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro; Observatório Covid-Fiocruz: 2020. (Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41404/2/RecomendacoesAPSEnfrentamentoCovid-19.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Ferramenta de bolso para agentes de saúde e cuidadores na ativa em defesa da vida na epidemia COVID-19**. 2020. Disponível em: http://www.profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/ferramenta_de_bolso_3.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

LIMA, FLO; GOMES, LNL; SANTOS, CSC; OLIVEIRA, GAL. Diagnosis of COVID-19: importance of laboratory tests and imaging exams. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 9, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7162. Acesso em: 09 jan. 2021.

MARANHÃO. Secretaria de Saúde. **Plano estadual de contingência do novo coronavírus (COVID-19).** Sétima versão. São Luis, MA, nov. 2020. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/plano-de-contige%CC%82ncia-SE%CC%81TIMA-VERSA%CC%83O.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

MEDINA, M. G. *et al*. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primariaa-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer. Acesso em: 18 dez. 2020.

MELO, S. M. D'Avila; MACEDO, M. F. O.; PEREIRA, J. S. S. Concordância entre quatro oxímetros de pulso portáteis sem fio e avaliação da saturação periférica de oxigênio em consultório. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2021. DOI: https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200251. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132021000101000&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. *E-book*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 10 dez. 2020.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf?fbclid=IwAR32dPWBFxgl2BP1DNABEe1RIJQCz5ZGQdRJ4PHhLK1Ge33euau09DnIJ_Y. Acesso em: 03 jan. 2021.

NOGUEIRA, J. M. R.; SILVA, L. O. P. Diagnóstico laboratorial da COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas,** v. 52, n. 2, p. 117-121, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Como colocar, usar, retirar e descartar uma máscara**.** 2020. 1 vídeo (1min.52s.). Publicado pelo canal Proqualis Segurança do Paciente. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/video/video-da-oms-como-colocar-usar-retirar-e-descartar-uma-mascara. Acesso em: 06 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19. Acesso em: 05 jan. 2021.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. **Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro; Observatório Covid-Fiocruz: 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42324/2/MatrizLinhaCuidado.pdf. Acesso em: 26 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota técnica COES 015/2020:** atendimento em rede de suspeitos ou confirmados para Covid 19. Florianópolis: SES, 2 set. 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NT_15_20_Atendimento_Rede_Covid.pdf. Acesso: 26 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota técnica conjunta nº 002/2020:** COSEMS/SUV/SPS/SES/SC: COES: atualizada em 05/05/2020. Dispõe sobre a notificação, investigação, coleta e orientações sobre os casos suspeitos da covid-19 (novo coronavírus SARS-COV-2). Florianópolis: SES, 2020b. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Nota-Tecnica-Conjunta-002-2020-COSEMS-SUV-SPS-SES-SC-COE.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota técnica nº 10/2021:** CIEVS/DIVE/LACEN/SUV/SES. Orienta os serviços de saúde sobre o uso dos testes diagnósticos para identificação da infecção pelo SARS-COV-2. Florianópolis: SES, 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Manual de orientações da Covid-19 (vírus SARS-CoV-2).** Florianópolis: SES, atualizado em 15 set. 2020a. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/notas-tecnicas/docs/Manual_15.09.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). **Atualizações e recomendações sobre a Covid-19**. São Paulo, SP: SBI, 9 dez. 2020. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/12/atualizacoes-e-recomendacoes-covid-19.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas Coronavírus (COVID-19)**: informações para profissionais da APS: versão 9. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 30 nov. 2020]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800. Acesso em: 20 dez. 2020.

UNIDADE 3

POPULAÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS

AUTORES:
CLARA SUELLEN LACERDA ARRUDA
GRAZIELA MADALOSSO BALDIN
RAQUEL CAROLINA DA CUNHA
SILVIA CARDOSO BITTENCOURT

UNIDADE 3 - POPULAÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM:

Conhecer as orientações para o atendimento de pessoas com condições de risco para Covid-19 na Atenção Primária;

3.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES DE RISCO PARA COVID-19

Alguns grupos populacionais se encontram em condição de maior vulnerabilidade para as complicações clínicas quando ocorre a infecção pelo SARS-CoV-2, tais como: gestantes, idosos e pessoas com agravos crônicos. Esses indivíduos devem receber atenção especial pela equipe da APS, tanto no que se refere ao seu acompanhamento usual para manter boas condições de saúde e evitar a infecção, como no caso em que apresentem suspeita ou confirmação de quadro de Covid-19. Nesta unidade vamos discorrer sobre alguns grupos específicos: gestantes e puérperas, idosos, indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e tabagistas. No quadro abaixo é possível visualizar outras condições de saúde que também têm risco aumentado para complicações no contexto da pandemia. Observe:

Quadro 03 - Comorbidades de maior risco para complicações da Covid-19

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- doenças cardíacas (doença cardíaca congênita, insuficiência cardíaca; cardiomiopatia isquêmica);
- doenças respiratórias crônicas graves ou descompensadas (como DPOC, asma moderada/grave);
- doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- pacientes em diálise;
- doença hepática avançada;
- imunossupressão (transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea; imunossupressão por doenças e/ou medicamentos);
- doenças cromossômicas com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down);
- neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- hipertensão;
- diabetes (conforme avaliação clínica);
- tabagismo;
- obesidade;
- gestantes;
- puérperas até o 14º dia pós parto;
- algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia).

Fonte: BRASIL 2020a; BRASIL, 2020b.

3.1.1 Gestantes e puérperas

Mulheres grávidas são consideradas um grupo de risco para Covid-19 por causa das preocupações sobre o efeito da doença durante e após a gravidez, e em seus neonatos. As publicações sobre Covid-19 na gravidez aumentaram vertiginosamente por meio de relatos de casos individuais, séries de casos, estudos observacionais e revisões sistemáticas. Aumento da idade materna, alto índice de massa corporal e comorbidades pré-existentes podem estar associadas à doença grave. Mulheres grávidas com Covid-19 apresentam risco aumentado de parto prematuro e de internação de seus bebês na unidade neonatal, mas as taxas gerais de nascimentos prematuros espontâneos não são altas (ALLOTEY, *et al.*, 2020).

Devido às alterações fisiológicas e anatômicas que ocorrem na gestação, há predisposição à infecções graves, inclusive respiratórias, e nessas mulheres existe menor tolerância à baixos níveis de oxigenação sanguínea (hipóxia) (BRASIL, 2020b). Atualmente a incidência de SRAG em gestantes foi 1% (10504 casos) destes, 3,4% (356 casos) evoluíram para óbito, 70,8% (252) desses óbitos, a SRAG foi causada por Sars-CoV-2. Destaca-se que (144) 57,1% das gestantes que foram a óbito, estavam no 3º trimestre de gestação. (BRASIL, 2021).

Gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em UTI, uso de ventilação mecânica, além de chances elevadas de parto prematuro e cesariana (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c). Estudos relatam complicações perinatais, tais como, maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas, prematuridade em decorrência de agravamento da evolução da doença materna e ou decorrente do comprometimento fetal e, que podem levar ao óbito materno e neonatal (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020d; ALLOTEY, *et al.*, 2020).

Sendo assim, devemos intensificar a vigilância sobre gestantes com suspeita ou confirmação de SG mesmo que em regime de tratamento domiciliar com isolamento social e SRAG. Caso ocorra agravo do quadro clínico, não hesitar em encaminhar a usuária à unidades de referência com atendimento para Covid-19 de maior complexidade, preferencialmente suporte de cuidados intensivos e obstétricos. Em todos os níveis de assistência à saúde, o atendimento deve ser de forma prioritária (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c).

3.1.1.1 Assistência à gestante no pré-natal

As ações de cuidado pré-natal continuam sendo mantidas para todas as gestantes e para reduzir o risco de contaminação, algumas medidas devem ser tomadas, como:

✓ Organizar o fluxo de atendimento agendando previamente as consultas e estabelecendo maiores intervalos entre os atendimentos, a fim de reduzir o tempo de espera;

✓ No atendimento inicial deve ser instituída uma triagem de sintomas respiratórios e fatores de risco;

✓ Estabelecer duração da consulta suficiente para se prestar uma assistência pré-natal adequada;

✓ Orientar a gestante na chegada à UBS para higienização das mãos (álcool gel ou água e sabão) e utilização de máscara cirúrgica, em seguida, conduzir para uma área separada ou para uma sala específica (SANTA CATARINA, 2020).

A Nota Técnica 006/2021 orienta sobre a testagem para SARS-COV-2 em gestantes e deve ser seguida em todo território catarinense:

I. Sintomáticas: realizar o teste de RT-qPCR em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS).

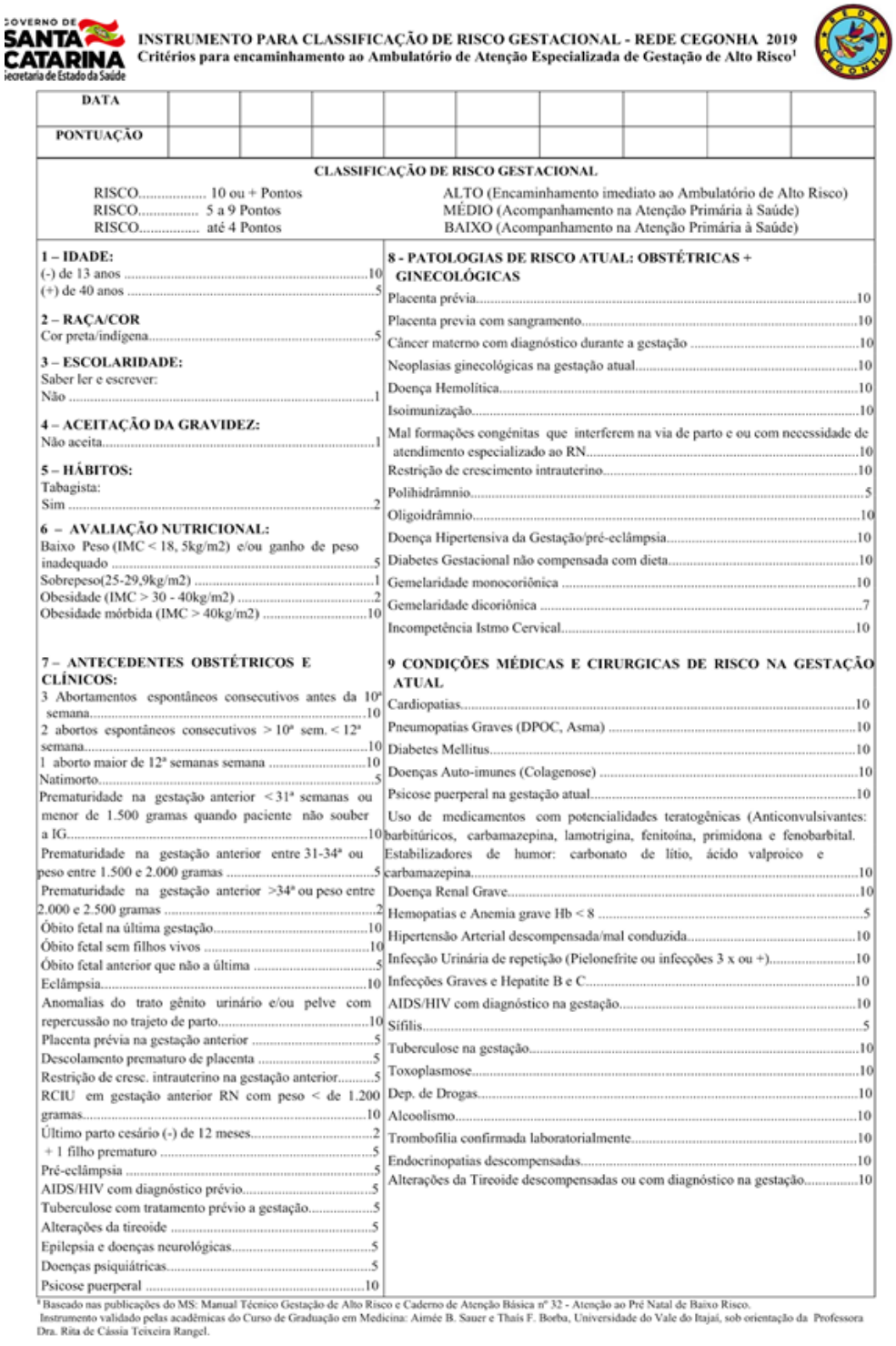
II. Assintomáticas:

a) Realizar o teste RT-qPCR entre a 37a e 38a semanas de gestação com obtenção de resultado previamente ao parto.

b) Na internação clínica, cirúrgica ou para parto normal, realizar o exame de RT-qPCR para SARS-CoV-2 no local, desde que não tenha tido diagnóstico positivo prévio e não tenha realizado o teste entre a 37a e 38a semanas de gestação.

A classificação de risco gestacional para definição da assistência à gestante deve ser baseada no Instrumento de Classificação de Risco Gestacional da SES (Figura 03). Lembrar também da importância de realizar a estratificação de gravidade dos casos de SG para gestante de acordo com os critérios de gravidade que abordaremos posteriormente (SANTA CATARINA, 2020).

Figura 09 - Instrumento de Classificação de Risco Gestacional



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL - REDE CEGONHA 2019
Critérios para encaminhamento ao Ambulatório de Atenção Especializada de Gestação de Alto Risco[1]

DATA									
PONTUAÇÃO									

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO..... 10 ou + Pontos	ALTO (Encaminhamento imediato ao Ambulatório de Alto Risco)
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO (Acompanhamento na Atenção Primária à Saúde)
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO (Acompanhamento na Atenção Primária à Saúde)

1 – IDADE:
(-) de 13 anos 10
(+) de 40 anos 5

2 – RAÇA/COR
Cor preta/indígena..... 5

3 – ESCOLARIDADE:
Saber ler e escrever:
Não 1

4 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:
Não aceita..... 1

5 – HÁBITOS:
Tabagista:
Sim 2

6 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:
Baixo Peso (IMC < 18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado 5
Sobrepeso(25-29,9kg/m2) 1
Obesidade (IMC > 30 - 40kg/m2) 2
Obesidade mórbida (IMC > 40kg/m2) 10

7 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS:
3 Abortamentos espontâneos consecutivos antes da 10ª semana..... 10
2 abortos espontâneos consecutivos > 10ª sem. < 12ª semana..... 10
1 aborto maior de 12ª semanas semana 10
Natimorto..... 5
Prematuridade na gestação anterior < 31ª semanas ou menor de 1.500 gramas quando paciente não souber a IG..... 10
Prematuridade na gestação anterior entre 31-34ª ou peso entre 1.500 e 2.000 gramas 5
Prematuridade na gestação anterior >34ª ou peso entre 2.000 e 2.500 gramas 2
Óbito fetal na última gestação..... 10
Óbito fetal sem filhos vivos 10
Óbito fetal anterior que não a última 5
Eclâmpsia..... 10
Anomalias do trato gênito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto..... 10
Placenta prévia na gestação anterior 5
Descolamento prematuro de placenta 5
Restrição de cresc. intrauterino na gestação anterior..... 5
RCIU em gestação anterior RN com peso < de 1.200 gramas..... 10
Último parto cesário (-) de 12 meses..... 2
+ 1 filho prematuro 5
Pré-eclâmpsia 5
AIDS/HIV com diagnóstico prévio..... 5
Tuberculose com tratamento prévio a gestação..... 5
Alterações da tireoide 5
Epilepsia e doenças neurológicas..... 5
Doenças psiquiátricas..... 5
Psicose puerperal 10

8 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS
Placenta prévia..... 10
Placenta previa com sangramento..... 10
Câncer materno com diagnóstico durante a gestação 10
Neoplasias ginecológicas na gestação atual..... 10
Doença Hemolítica..... 10
Isoimunização..... 10
Mal formações congênitas que interferem na via de parto e ou com necessidade de atendimento especializado ao RN..... 10
Restrição de crescimento intrauterino..... 10
Polihidrâmnio..... 5
Oligoidrâmnio..... 10
Doença Hipertensiva da Gestação/pré-eclâmpsia..... 10
Diabetes Gestacional não compensada com dieta..... 10
Gemelaridade monocoriônica 10
Gemelaridade dicoriônica 7
Incompetência Istmo Cervical..... 10

9 CONDIÇÕES MÉDICAS E CIRURGICAS DE RISCO NA GESTAÇÃO ATUAL
Cardiopatias..... 10
Pneumopatias Graves (DPOC, Asma) 10
Diabetes Mellitus..... 10
Doenças Auto-imunes (Colagenose) 10
Psicose puerperal na gestação atual..... 10
Uso de medicamentos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina..... 10
Doença Renal Grave..... 10
Hemopatias e Anemia grave Hb < 8 5
Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida..... 10
Infecção Urinária de repetição (Pielonefrite ou infecções 3 x ou +)..... 10
Infecções Graves e Hepatite B e C..... 10
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação..... 10
Sífilis..... 5
Tuberculose na gestação..... 10
Toxoplasmose..... 10
Dep. de Drogas..... 10
Alcoolismo..... 10
Trombofilia confirmada laboratorialmente..... 10
Endocrinopatias descompensadas..... 10
Alterações da Tireoide descompensadas ou com diagnóstico na gestação..... 10

[1] Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica nº 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco.
Instrumento validado pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Medicina: Aimée B. Sauer e Thaís F. Borba, Universidade do Vale do Itajaí, sob orientação da Professora Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel.

Fonte: Versão 2019. Baseado nas publicações do MS: BRASIL, 2012; BRASIL, 2013.

3.1.1.2 Gestante com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2

Em caso de SG com confirmação para Covid-19, interromper as consultas de pré-natal presencial e orientar o isolamento domiciliar por 10 dias a partir do início dos sintomas. Ao fim desse período, desde que haja 24h de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, a gestante poderá retornar ao acompanhamento presencial de pré-natal ou puerpério (BRASIL, 2020e).

Mesmo após avaliação presencial, estas gestantes mantidas em isolamento domiciliar precisam ser monitoradas por contato telefônico/*Whatsapp* a cada 24 horas para acompanhamento da evolução da doença devido ao risco de agravamento do quadro (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c). Reagendar em tempo hábil exames, imunização e consultas para que não haja prejuízo ao pré-natal. Caso o teleatendimento não seja possível ou se necessário atendimento de maior complexidade, as gestantes devem ser avaliadas presencialmente (SANTA CATARINA, 2020).

Se houver necessidade de atendimento nos 10 dias iniciais de sintomas, elas deverão ser atendidas em área ambulatorial definida para Covid-19 ou em serviços de emergência. Gestante e familiares devem ser orientados para reconhecer precocemente sinais e sintomas do novo Coronavírus, assim como sinais de gravidade (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c).

O quadro clínico é semelhante àquele que ocorre em outros adultos. Quadros moderados devem ser encaminhados para unidade hospitalar para realização de exames complementares e/ou internação clínica. Os quadros moderados são aqueles em que ocorrem (a) tosse persistente + febre persistente; ou (b) tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19, tais como, adinamia, prostração, hipotermia, diarreia. Para as gestantes com quadro de SG (febre + tosse ou dor de garganta acompanhada de pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, artralgia ou mialgia) deve ser administrado Oseltamivir nas primeiras 48 horas do quadro, 75mg a cada 12 horas por 5 dias, independente da situação vacinal. Caso seja excluído o diagnóstico de Influenza antes do final do tratamento, a droga pode ser suspensa (UFRGS, 2020).

É importante realizar o acompanhamento a cada 24 horas para casos suspeitos em gestantes e atenção especial deve ser oferecida entre o 7º e 10º dia dos sintomas, quando há maior propensão de piora clínica. A prescrição de paracetamol 500mg a cada 4 horas é recomendada, pois a hipertermia é fator de risco para malformações fetais e abortamento. Os casos leves para os quais não seja possível realizar o monitoramento (por telefone ou presencialmente) e que não tenham acesso rápido à serviços de saúde devem ser encaminhados para atendimento de emergência e provável internação, assim como todos os casos moderados (UFRGS, 2020).

Casos graves (verificar item 2.2.4.4 sobre os sintomas nesses casos e sobre conduta no Quadro 04 desta seção) são consideradas emergência obstétrica e devem ser encaminhadas para internação hospitalar em maternidades com leitos de UTI de retaguarda (SANTA CATARINA, 2020). Lembrar que em casos graves devem ser observados sintomas como hipotensão e oligúria. Além disso, o risco de eventos tromboembólicos está aumentado nessas mulheres (UFRGS, 2020).

Preferencialmente, a equipe de saúde de origem deve comunicar ao serviço de saúde de referência sobre o encaminhamento das gestantes suspeitas ou confirmadas para Covid-19, para que os profissionais de saúde envolvidos possam prestar o atendimento adequado, conforme arranjo institucional (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c).

Observação: evidências relatam a importância da testagem universal para pacientes obstétricas como uma estratégia de proteção de gestantes ou puérperas e seus bebês, possibilitando o planejamento adequado dos fluxos de encaminhamento, da atenção ao parto e aumento da vigilância direcionada à prevenção, óbitos e *near miss*. A testagem universal ajudará a diminuir o impacto da pandemia sobre as mulheres, principalmente as gestantes de maior vulnerabilidade, sobre as quais recai a maior carga da mortalidade materna (MENEZES, *et al*., 2020; UFRGS, 2020).

3.1.2 Critérios de gravidade

A identificação precoce da gravidade da doença em gestantes ou puérperas possibilita o início oportuno de medidas adequadas, como tratamento de suporte, encaminhamento e admissão rápidas em leito de enfermaria hospitalar ou unidade de terapia intensiva (BRASIL, 2020e).

A classificação da Covid-19 segundo o grau de gravidade, recomendada pelo Ministério da Saúde, pode ser vista no Quadro 04.

Quadro 04 - Classificação clínica da Covid-19 segundo a gravidade

	LEVE	MODERADO	GRAVE
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO GESTANTES E PUÉRPURAS	**Síndrome gripal (SG):** **-tosse;** **- dor de garganta ou coriza seguido ou não de:** **-perda de olfato (anosmia);** **-alteração do paladar (ageusia);** **-coriza** **-diarreia** **-dor abdominal** **-febre** **-Calafrios** **-mialgia** **-fadiga** **-cefaleia**	**-tosse persistente + febre persistente diarreia OU -tosse persistente +piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19 (adinamia (falta de força física)), prostração, hipotermia (baixa temperatura do corpo), diarreia);** **OU** **-pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco.**	**Síndrome respiratória aguda grava (SRAG):** **-síndrome gripal que apresente: Dispnéia/desconforto respiratório;** **OU** **Pressão persistente no tórax** **OU** **Saturação de O_2 95% em ar ambiente;** **OU** **Coloração azulada de lábios ou rosto** ***Importante: em gestantes, observar hipotensão e oligúria**

Fonte: BRASIL, 2020d.

O Escore de Alerta Precoce é uma importante ferramenta de apoio à decisão. Gestantes com SRAG e/ou dois ou mais sinais de alerta amarelo ou um ou mais sinais de alerta vermelho, têm risco aumentado de evolução desfavorável e, portanto, merecem cuidado diferenciado (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020d).

Quadro 05 - Escore de Alerta Obstétrico Modificado

PARÂMETRO	NORMAL	ALERTA AMARELO	ALERTA VERMELHO
Freq Resp (rpm)	11-19	20-24	<10 ou ≥25
Sat O_2 (%)*	96-100		≤95
Temp (°C)	36-37,4	35,1-35,9 37,5-37,9	<35 ou ≥38
Freq Card (bpm)	60-99	50-59 100-119	≤49 ou ≥120
PA Sist (mmHg)	100-139	90-99 140-159	≤89 ou ≥160
PA Diast (mmHg)	50-89	40-49 90-99	≤39 ou ≥100
Sensório	Alerta		Qualquer alteração do nível de consciência

Fonte: BRASIL, 2020d. Adaptado de Poon *et al*, 2020 e Yang *et al*, 2020.

3.1.3 Assistência à gestante em unidade hospitalar

Para garantir a continuidade do cuidado da gestante com Covid-19, precisamos compreender amplamente o fluxo de atendimento no SUS. As gestantes com SG sem sinais de gravidade, mas que apresentem outras condições clínicas obstétricas sem alto risco e que requeiram internação, devem ser encaminhadas para maternidade de baixo risco. As gestantes com SG e com sinais de gravidade, independente da estratificação em baixo ou alto risco, são consideradas emergência obstétrica e devem ser encaminhadas para internação hospitalar em maternidades com leitos de UTI de retaguarda (SANTA CATARINA, 2020).

O acompanhante também deve passar pela triagem e caso apresente sintomas de SG ou infecção respiratória comprovada para Covid-19 ou contato próximo e recente com pessoas que apresentaram tais sintomas, indicar o isolamento domiciliar, sendo necessária a troca do acompanhante (FEBRASGO, 2020).

Importante destacar que durante a pandemia da Covid-19, deve-se ter a presença de acompanhante único e permanente na internação conforme a Nota Técnica nº 004/2020 publicizada pela Secretaria de Estado da Saúde. As equipes de saúde devem mobilizar-se para garantir às pacientes suspeitas ou confirmadas para Covid-19 a presença do acompanhante, com restrição de circulação no local, respeitando as precauções padrão de contato, gotículas, aerossóis e distanciamento social (SANTA CATARINA, 2020).

SAIBA MAIS

Leia a Nota Técnica nº 007/2020 – DAPS/SPS/SES (atualizada em 05 de abril de 2021) que orienta sobre o atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido no enfrentamento à pandemia de Covid-19, clicando aqui.

3.1.4 Assistência à puérpera e recém-nascido

Deve ser mantida até o décimo dia a visita domiciliar da mulher e do recém-nascido (RN), usando os EPIs recomendados, pois as condições de saúde da criança, o apoio ao aleitamento materno e a triagem neonatal são ações importantes e indispensáveis neste período. Realizar consulta puerperal em até 42 dias pós-parto e consultas de puericultura, bem como as imunizações (SANTA CATARINA, 2020).

Puérperas consideradas casos suspeitos, mesmo que assintomáticas, devem manter-se em isolamento domiciliar, preferencialmente, com o RN em quarto privativo. A amamentação pode ser mantida para puérperas infectadas. Se a lactante estiver na fase aguda da doença e a equipe sentir-se insegura de liberar o contato direto, o leite pode ser ordenhado e ofertado ao neonato (BRASIL, 2020e).

Deve ser compartilhada a responsabilidade com a família quanto à rápida identificação dos principais sintomas que o RN pode manifestar e que necessitam de encaminhamento imediato aos serviços de saúde: dificuldade em respirar, batimento de asas nasais, retração intercostal, cianose, letargia, alterações de temperatura (hipotermia ou hipertermia) (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020c).

Observação: A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação. A capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ainda é incerta. Foi descrita viremia transitória e com baixa carga viral em 1% dos pacientes sintomáticos, sugerindo que a via placentária de transmissão viral seja provável, mas não frequente. O aleitamento materno tem sido muito discutido, pois fragmentos de RNA viral foram encontrados por RT-qPCR em algumas amostras de leite de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, mas na etapa de isolamento do vírus no leite, não foram encontrados vírus viáveis competentes para replicação e capazes de causar infecção. A OMS entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical, devendo ser orientado sua permanência (BRASIL, 2020d).

3.2 IDOSOS

Dentre as pessoas que apresentam maiores chances de apresentarem risco de complicações na vigência de infecção pelo SARS-CoV-2 estão aquelas com mais de 60 anos. É certo que uma pessoa de 60 anos ou mais que possua uma boa condição de saúde, sem comorbidades, difere daquela que apresenta outros agravos na sua história de vida. Aqueles a quem chamamos de "idosos robustos" têm chances menores de complicações do que aqueles idosos que possuem fragilidade (fragilidade é um estado em que existe maior vulnerabilidade) (SANTA CATARINA, 2019).

Aqueles que apresentam maior risco de complicações são:

- ✓ Idosos com dependência funcional*;
- ✓ Idosos com duas ou mais comorbidades;
- ✓ Idosos que vivem em instituições de longa permanência (ILPIs).

Definição:
***A dependência funcional** pode ser avaliada em relação à capacidade para realizar atividades básicas da vida (ABVD) e existem graus de dependência. Por exemplo, na escala de Katz avalia-se se o idoso é dependente, ou não, para realizar seis atividades diárias como tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, transferência (da cama para cadeira), continência (urinária e de evacuações) e alimentar-se. É considerado independente aquele que realiza essas atividades sem supervisão. Existem diferentes graus de dependência funcional, desde a dependência total para essas atividades, passando por diferentes graus de dependência parcial (SANTA CATARINA, 2019).

A estratificação de risco para diferentes grupos populacionais tem sido utilizada para avaliar aqueles indivíduos que necessitam cuidado mais amiúde e olhar especializado em alguns momentos. É um recurso que pode ser utilizado no contexto da pandemia para identificar aqueles que estão mais sujeitos a complicações pela infecção pela SARS-CoV-2, embora não seja um critério exclusivo de abordagem no contexto da pandemia.

A Classificação desenvolvida por Moraes e Lanna (*apud* SANTA CATARINA, 2019) pode ser utilizada para identificar aqueles idosos que se encontram em situação de fragilidade e devem ter atenção especial no caso de possível infecção pelo novo coronavírus. Nessa classificação são considerados "Idosos robustos" aqueles que têm alto grau de vitalidade, "Idosos em risco de fragilização" aqueles que já possuem algum grau de perda de vitalidade, mas, ainda se com condições razoáveis de saúde e "Idosos frágeis" aqueles que já estão em condição de grande vulnerabilidade (quadro 06). Estes últimos são subdivididos em três categorias (Quadro 07).

Quadro 06 - Classificação clínico-funcional do idoso segundo Moraes e Lanna

Idosos em risco de fragilização	**Estrato 4**	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de declínio funcional e mortalizadade como sarcopenia; comprometimento cognitivo leve; comorbidade múltipla definida pela presença de polipatologias (5 doenças) ou polifarmácia (5 medicamentos) ou internamento recente.
	Estrato 5	São idosos portadores de condições crônicas preditoras de declínio funcional definidas como atividades relacionadas à integração social, produtivas, recreativas e/ou sociais. Não há declínio em AVD básicas.
Estabelecido Idosos Frágeis	**Estrato 6**	São idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as AVD básicas.
	Estrato 7	São idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades de vida diária.
	Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semi-independência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influência das pela cultura e aprendizado (banhar-se/ou vestir-se/uso do banheiro).
	Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais, para banhar-se ou vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.
	Estrato 10	São idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive para alimentar-se.
ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL		
Idosos Robustos	**Estrato 1**	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as Atividades de Vida Diária (AVD) avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
	Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, estenopeia, depressão leve, diabetes mellitus sem lesão de órgãos alvo, dentre outros.
	Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis estabelecidas e de maior complexidade clínica, como a hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus com lesão de órgão alvo, depressão moderada a grave, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros.

Fonte: Moraes e Lanna (apud SANTA CATARINA, 2019).

Quadro 07 - Subcategorias para “Idosos Frágeis”, segundo Moraes e Lanna

IDOSO FRÁGIL		
Baixa complexidade	Alta complexidade	Fase Final de Vida
Idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico - funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado, não necessita ser feito de forma intensiva. O foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.	Idosos que apresentam dependência funcional nas AVD, associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo alta complexidade, sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. São aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.	Idosos que apresentam dependência funcional estabelecida, com sobrevida menor em número de meses. O foco são os cuidados paliativos, assim como o conforto ao paciente e seus familiares.

Fonte: Moraes e Lanna, (apud SANTA CATARINA, 2019).

Para o idoso que vive em ILPIs, além da ferramenta de estratificação de risco, com o objetivo de avaliar a vulnerabilidade de cada indivíduo, verificar os cuidados e diretrizes recomendados em:

Portaria nº 252 DE 13 DE ABRIL DE 2020 da SES – SC (SANTA CATARINA, 2020a). Clique aqui.

Nota Técnica nº. 036/2020 – DIVS/DIVE/SUV/SES/SC: trata de orientações para prevenção de contágio por coronavírus (Covid-19) em instituições de longa permanência para idoso (ILPIs) aplicados aos feriados de Natal e Ano Novo no estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2020b). Clique aqui.

Esta última foi emitida na época de festas de final de ano, mas, tem recomendações que são úteis para os demais períodos do ano.

Para idosos que tenham dependência funcional importante e convivam com cuidadores deve haver orientação sobre os cuidados que estes devem ter ao entrar e sair da casa do idoso. Sobre esses cuidados sugere-se a leitura e divulgação da **cartilha “Orientações para Cuidadores Domiciliares de Pessoa Idosa na Epidemia do Coronavírus – Covid-19”**. Clique aqui.

Na abordagem clínica de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, lembrar que idosos:

- ✓ Tendem a apresentar mais frequentemente dispneia do que os mais jovens;
- ✓ A febre pode aparecer de forma tardia;
- ✓ Devem ser considerados critérios específicos de agravamento do quadro, tais como, síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência (muitas vezes esses sintomas podem ser o sinal de alerta para o cuidador pensar que pode estar em curso a infecção pelo coronavírus) (UFRGS, 2020).

De forma geral, tanto os idosos como aqueles indivíduos com condições crônicas devem evitar o contato social próximo com outras pessoas para diminuir a chance de contágio pelo SARS-CoV-2. O acompanhamento desses indivíduos pelos agentes comunitários de saúde deve ser mantido, com o cuidado de visitas no peridomicílio. As orientações sobre o uso de medicamentos e o contato para verificar o humor são pontos importantes a serem lembrados. Muitos idosos moram sozinhos, e, ainda que realizem suas tarefas diárias com independência, em tempos de pandemia realizam pouco contato com outras pessoas, situação essa que pode ter influência na saúde mental, por sentimentos de tristeza e solidão que acontecem nesse contexto (CONASEMS, 2020; BRASIL, 2020f).

Lembrar que as ferramentas de estratificação de risco são recursos para identificar os indivíduos com maior vulnerabilidade e por essa razão com maior risco de desenvolver complicações pela Covid-19. No entanto, essas ferramentas não são exclusivas para a infecção por SARS-CoV-2, elas são úteis na organização do cuidado a diferentes grupos populacionais e recomenda-se que a APS seja um lugar privilegiado para sua utilização.

3.3 OUTROS AGRAVOS

No contexto da pandemia, pessoas com condições crônicas experimentam duplo risco caso o acompanhamento adequado de sua condição seja interrompido. Podem ocorrer complicações características das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e formas graves da infecção pelo coronavírus. Por isso a importância de realizar o acompanhamento com regularidade adequada dessa população para garantir sua estabilidade clínica e reduzir as chances de desfechos desfavoráveis.

O mapeamento desses usuários, no território, é o primeiro passo para o cuidado dessas pessoas na APS. A estratificação de risco para a organização do acompanhamento é estratégia importante a ser realizada e pensar quais condutas podem trazer melhores resultados para cada caso. Devem ser considerados (a) a condição clínica da pessoa, (b) sua capacidade de autocuidado, (c) seu contexto de vulnerabilidade e (d) suporte familiar disponível. Além do cuidado usual à condição crônica, deve haver atenção a sintomas que

possam indicar infecção pelo SARS-CoV-2, aos fatores de risco que podem gerar possíveis complicações e ao alcance de metas terapêuticas, como valor de pressão arterial e glicemia (BRASIL, 2020f).

3.3.1 Estratificação de risco

Estratificação de risco é o processo pelo qual se utilizam critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada pessoa deve seguir na RAS para um cuidado integral (BRASIL, 2017). Alguns instrumentos estão disponíveis para estratificação de risco e podem ser utilizados na abordagem das pessoas com DM e HAS, como a proposta elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

SAIBA MAIS

Leia sobre os protocolos elaborados para estratificação de risco por essas entidades nas seguintes publicações:

- **Manual como organizar o atendimento das pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Clique aqui.

- **Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica:** Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Clique aqui.

Quadro 08 - Estratificação de risco clínico para definição de prioridade no atendimento de pessoas com DCNT.

BAIXO RISCO E MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Tabagismo	Acidente vascular cerebral prévio
Hipertensão (Com níveis pressóricos controlados e em tratamento)	Infarto agudo do miocárdio prévio
Obesidade • IMC >30 kg/m2 • CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥88 cm nas mulheres	Doença aterosclerótica significativa (doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos ou diagnóstico médico anterior de obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial)
	Lesão periférica (LOA - lesão de órgão-alvo) (Diagnóstico médico anterior ou presença de sinais que indicam lesão de órgão-alvo: alterações visuais, dor precordial, dispneia, paresia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores)
Sedentarismo	Ataque isquêmico transitório (Diagnóstico médico anterior ou presença de sinais e sintomas: perda da fala, problemas para enxergar, dormência em um dos lados do corpo, entre outros. Os sinais e sintomas somem, geralmente, em 24 horas)
Diagnóstico de HIV positivo	Obesidade • IMC>40 kg/m2
Sexo masculino	Hipertrofia de ventrículo esquerdo
Idade >55 anos para homens e >65 anos para mulheres	Doença renal crônica estágio 4 (Diagnóstico médico anterior ou realização de hemodiálise)
História familiar de doenças crônicas	Retinopatia
Evento cardiovascular prévio em homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com idade inferior a 65 anos	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus (Com sinais de agravamento ou indicativos de níveis elevados de glicemia - hiperglicemia)

Fonte: BRASIL, 2013 (adaptado)12, SBC, 2016 (2)

Entretanto, esses instrumentos exigem parâmetros laboratoriais que podem não estar facilmente acessíveis no momento. Como alternativa apresentaremos a proposta de avaliação baseada em perguntas, que poderá inclusive ser utilizada nos atendimentos virtuais. Mas, é importante que cada local avalie as possibilidades de realizar a estratificação de acordo com a sua realidade.

Assim, a caracterização de risco pode ser (BRASIL, 2020f):

1. Risco baixo - Se apresentar apenas até 2 fatores de baixo/médio risco sem sinais de agudização.

2. Risco médio - Se apresentar 3 ou mais fatores de baixo/médio risco ou sinais de agudização.

3. Risco alto - Se apresentar ao menos um fator de risco alto.

4. Risco muito alto - Se apresentar doença aterosclerótica significativa.

Além das características clínicas, para elaborar o plano de cuidado dessas pessoas, é importante verificar as vulnerabilidades que podem ser avaliadas com perguntas, tais como (BRASIL, 2020f):

✓ Tem habilidade com uso de tecnologia, sabe como saber fazer chamada ou videochamada pelo telefone celular *smartphone*, usar computador, *notebook* ou *tablet*?

✓ Usa aplicativos de mensagens no dia a dia (*WhatsApp*)?

✓ Tem restrição relacionada à mobilidade, seja física ou econômica?

✓ Tem dificuldades físicas e econômicas para se alimentar?

✓ Possui alguma dependência química (lícita ou ilícita)?

✓ Mora sozinho, com familiares ou cuidadores?

✓ Possui clareza e habilidade para lidar com sua condição de saúde e apoio para garantir o autocuidado?

A partir da identificação do estrato de risco deve ser formulado o plano de cuidado individual para que a condição crônica, pela qual o usuário já fazia acompanhamento, tenha manejo adequado e siga estável no contexto da pandemia. Lembrar que o contato por visitas domiciliares, ou mesmo o contato telefônico, são importantes, pois, em tempos de pandemia muitas pessoas deixam de sair de casa para ir até a UBS (BRASIL, 2020f).

Pessoas de alto e muito alto risco devem ter acompanhamento compartilhado entre as equipes da APS e AAE. As equipes de APS devem elaborar uma lista com base no risco, identificando aqueles que precisam ou estão em acompanhamento compartilhado com a Atenção Especializada, bem como a modalidade de atendimento e sua frequência, para auxiliar na qualificação do cuidado prestado (BRASIL, 2020f).

Pessoas com DCNT estratificada como baixo e médio risco: preferencialmente, consulta à distância por telefone ou plataforma web: médico, enfermeiro e equipe multidisciplinar; Monitoramento por telefone ou *WhatsApp*. E pessoas com DCNT estratificadas como alto e muito alto risco: equipe de saúde deve avaliar a possibilidade de atendimento domiciliar ou realizar consulta presencial com hora marcada. Monitoramento por telefone ou *WhatsApp*. Há a possibilidade também de alternar entre atendimento presencial e a distância.

3.3.2 Acesso a medicamentos

O controle das medidas de pressão arterial e de glicemia estão ligados à melhora da qualidade de vida e diminuição das complicações pelas doenças, com a adesão à terapia medicamentosa como fator importante para o sucesso desse controle.

A atuação da assistência farmacêutica é importante nesse sentido e sugere-se as seguintes medidas no contexto da pandemia Covid-19:

- ✓ Garantir os medicamentos com prorrogação do prazo de receitas, entrega de maior volume de medicamentos, segundo as orientações da Nota Informativa N° 1/2020 – SCTIE/GAB/SCTIE/MS (10);
- ✓ Garantir os medicamentos para manejo dos sintomas gripais conforme orientação do MS;
- ✓ Adequar os estoques dos medicamentos conforme o perfil epidemiológico da comunidade atendida e as demandas alteradas;
- ✓ Organizar a logística de controle e distribuição e se necessário remanejar;
- ✓ Realizar os processos de trabalho visando minimizar o risco de contaminação de pessoas;
- ✓ Entregar o medicamento de preferência no domicílio ou a familiar/cuidador/responsável que não possua fator de risco. (BRASIL, 2020f).

3.3.3 Automonitoramento e autocuidado

O automonitoramento da pressão e da glicemia devem ser encorajados, para aquelas pessoas que possuem habilidade para fazê-lo. Algumas orientações devem ser fornecidas ao usuário pelo profissional de saúde para que a pessoa possa realizar o automonitoramento adequado. Para pessoas com HAS e que possuam aparelhos automáticos ou manuais devidamente calibrados, recomenda-se:

- ✓ Realizar as medidas em local calmo e confortável;
- ✓ Certificar-se de que a bexiga não está cheia;
- ✓ Não ter praticado exercício físico nos últimos 60 minutos;
- ✓ Não ter ingerido café, bebidas alcóolicas e não ter fumado nos últimos 30 minutos;
- ✓ Medir a pressão sentado em local com encosto para as costas, pés descruzados e apoiados no chão, braço na altura do coração e apoiado com a palma da mão para cima;
- ✓ As roupas em uso não podem apertar o braço;
- ✓ Orientar o uso de caderno com registro diário, com data e hora marcada (BRASIL, 2020f).

Para pessoas com DM em uso de insulina, orientar o acompanhamento da glicemia e o controle glicêmico conforme a meta recomendada em consulta clínica (BRASIL, 2020f). Os parâmetros gerais de meta terapêutica devem ser avaliados pelo médico assistente a partir de protocolos já existentes. Para pessoas com obesidade, caso o usuário tenha essa disponibilidade, podem ser realizadas orientações, tais como,

- Verificar o peso 1x por semana;
- Organizar ações educativas de promoção ou prevenção da alimentação saudável, preferencialmente, por meio digital (*whatsapp, zoom, youtube, podcast*, video-aula) para garantir o distanciamento físico e a continuidade do cuidado. Alguns instrumentos podem auxiliar nessa oferta aos usuários. Está disponível online um teste sobre "Como está a sua alimentação" (clique aqui) que permite identificar práticas alimentares não saudáveis e conhecer as orientações para uma alimentação saudável baseada no "Guia Alimentar para a População Brasileira" (clique aqui). Ainda, o documento Recomendações de alimentação e Covid-19 (clique aqui), traz recomendações sobre alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2020f).

Observação: O **tabagismo** é um fator de risco relacionado à várias doenças. Têm sido observadas maiores complicações relacionadas à infecção pelo SARS-CoV-2 nas pessoas que fumam. Os fumantes sempre que tenham contato com serviços de saúde devem ser encorajados a largar o cigarro, mais ainda no contexto da pandemia (BRASIL, 2020). A ansiedade decorrente do contexto da pandemia e as orientações para permanecer em casa para evitar o contágio podem ser gatilho para o uso e/ou aumento do consumo de tabaco. Dessa forma, os profissionais de saúde devem orientar os usuários sobre os malefícios do tabaco de forma geral e também sobre o maior risco de complicações caso ocorra uma infecção pelo SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2020a).

Assista o vídeo "**Fumo passivo"** e recomende aos usuários que fumam e são assistidos na sua UBS. Esse é o primeiro de uma série que o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com outras instituições, disponibilizou para auxiliar os profissionais de saúde na abordagem dos fumantes em tempos de pandemia. Clique aqui.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a abordagem do tabagista e conhecer os outros vídeos visite a página do INCA: Clique aqui.

Leia, também, **outras orientações sobre o autocuidado das pessoas com risco aumentado para complicações da infecção por SARS-CoV-2** que podem ser encontradas no **"Manual: como organizar o atendimento das pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia". Clique aqui.**

3.3.4 Assistência às pessoas com condições crônicas na suspeita de Covid-19

Não existe um tipo de atendimento específico para as pessoas portadoras de doenças crônicas que apresentem infecção pelo SARS-CoV-2. O que se sabe até o momento é que essas pessoas têm maiores chances de apresentarem complicações ou casos graves se forem infectadas pelo vírus. Dessa forma, ao realizar história clínica é importante questionar a presença desses agravos. Além dos agravos já abordados neste item, verifique outras condições crônicas que podem aumentar o risco de complicações (ver Quadro 03) (BRASIL, 2020; (CONASEMS; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

Existe uma hipótese de que os usuários de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (I-ECA) e Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (BRA) poderiam ter a gravidade da COVID-19 aumentada em virtude do uso dessas drogas. Isso porque, o vírus utiliza o receptor ECA2 no processo de infecção e essas medicações aumentam a disponibilidade de ECA2 *in vitro*. No entanto, até o momento não existem evidências de que os usuários dessas medicações tenham apresentado mais complicações e a suspensão das mesmas pode levar à descompensação de quadro cardíacos e de hipertensão. Dessa forma, não está recomendada a suspensão do uso desses medicamentos (CONASEMS; CONASS, 2020; UFRGS, 2020).

REFERÊNCIAS

ALLOTEY, J. *et al*. Manifestações clínicas, fatores de risco e resultados maternos e perinatais da doença coronavírus 2019 na gravidez: revisão sistemática e meta-análise viva. **BMJ**, n. 370, 2020. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m3320. Disponível em: https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: vigilância de síndromes respiratórias agudas: COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 ago. 2020b. *E-book*. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/02/Manual-de-Recomenda----es-para-Gestante.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual:** como organizar o atendimento das pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf. Acesso em: 22 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Doença pelo coronavírus: COVID-19. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 36, [especial], p. 1-69, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus COVID-19. **Boletim Epidemiológico Especial,** Brasília, v. 44, Semana Epidemiológica 53, (27/12/2020 a 2/1/2021), 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/07/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. Brasília: CONASEMS; CONASS, 2020c. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: CONASS, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19**. São Paulo: FEBRASGO, 27 abr. 2020. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19. Acesso em: 13 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Fumo passivo.** 1 vídeo (2min.5s.). Projeto produzido por INCA, OPAS e AMB. 18 dez. 2020d. Disponível em: https://www.inca.gov.br/videos/01-fumo-passivo. Acesso em: 11 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Tabagismo e coronavírus.** Brasília, DF: INCA, 2020g. Disponível em: https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo-e-coronavirus. Acesso em: 22 dez. 2020.

MENEZES, Mariane de Oliveira *et al*. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 8, jun. 2020. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1137/testagem-universal-de-covid-19-na-populacao-obstetrica-impactos-para-a-saude-publica. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Atenção Básica. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa**. Florianópolis: SES, 2019. Disponível em: encurtador.com.br/knBCJ. Acesso em: 20 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de orientações da COVID-19 (vírus SARS-CoV-2)**. Florianópolis: SES, 2020a. Disponível em: encurtador.com.br/dtNUY. Acesso em: 15 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 004/2020: DAPS/SPS/SES-SC**. Orientações sobre o atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido

no enfrentamento à pandemia de COVID -19. Florianópolis: SES, 2020b. Disponível em: encurtador.com.br/efFRZ . Acesso em: 15 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota técnica nº. 036/2020:** DIVS/DIVE/SUV/SES/SC. Orientações para prevenção de contágio por coronavírus (Covid-19) em instituições de longa permanência para idoso (ILPIs) aplicados aos feriados de Natal e Ano Novo no estado de Santa Catarina. 2020b. Disponível em: encurtador.com.br/gtvMS. Acesso em: 20 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº. 006/2021** - DAPS/SPS, DIVE/SUV e LACEN/SUV. Orienta sobre testagem para SARS-COV-2 em gestantes. Florianópolis: SES, 2021. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Nota%20T%C3%A9cnica%20Conjunta%20n%20006-2021%20-%20DAPS-SPS-%20DIVE-SUV%20e%20LACEN-SUV-SES-SC.pdf. Acesso em: 03 mar. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº. 007/2021** - NAMCA/DAPS/SPS/SES. Orienta sobre condutas para o atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido frente à COVID-19. Florianópolis: SES, 2021. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NOTA%20TECNICA%20N%20007-2021%20-%20NAMCA-DAPS-SPS-SES.pdf. Acesso em: 03 mar. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 252, de 13 de abril de 2020.** Florianópolis: SES, 2020a. Disponível em**:** https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/PORTARIA%20252.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica:** guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/notatecnica_diabetes.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas Coronavírus (COVID-19)**: informações para profissionais da APS: versão 9. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 30 nov. 2020]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800. Acesso em: 20 dez. 2020.

UNIDADE 4

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

AUTORES:
ANA BORGES FRANÇA
ELOANA MARUA RAMOS

UNIDADE 4 - O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Identificar quais os impactos da Covid-19 no adoecimento mental, autocuidado do trabalhador.

4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da APS são passos fundamentais para possibilitar ao maior número de pessoas acesso facilitado ao cuidado em saúde mental. Segundo essa perspectiva, deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença (SILVA, *et al.*, 2017).

Nesse quesito, a Unidade 4 foi desenvolvida no sentido de orientar o atendimento na APS elencando prioridades para a formulação e a implementação de estratégias de cuidado frente à pandemia da Covid-19.

A APS é entendida como o primeiro nível de atenção e deve funcionar como porta de entrada do SUS. É caracterizada por um conjunto de ações com enfoque na clínica ampliada no âmbito individual e coletivo. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se insere nesse contexto com a finalidade de criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

SAIBA MAIS

Leia sobre a **RAPS**, lendo a Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, Anexo V. Clique aqui.

Estudos epidemiológicos têm mostrado maior morbidade e mortalidade por doenças crônicas e agudas entre as pessoas com os chamados transtornos mentais do que em outros grupos (PRINCE, 2007; SILVA, 2019). Diante da velocidade com que a Covid-19 tem se espalhado, tem influenciado o cotidiano de bilhões de pessoas no planeta.

No intuito de minimizar os efeitos nocivos da pandemia da Covid-19 a OMS propõe que sejam tomadas decisões por autoridades nacionais que conduzam à mudança de hábitos

das populações. Dentre as medidas de enfrentamento da Covid-19, o distanciamento social tem se mostrado a mais importante. Entretanto, a pandemia tem desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e da sociedade em geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse, agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão, criando espaços para o surgimento de insegurança e angústia tanto nas famílias, quanto nos profissionais de saúde (SANTA CATARINA, 2020).

Considerando que a APS deve coordenar o cuidado e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando o cuidado em relação a outros pontos de atenção à saúde, atualmente as principais situações em saúde mental recorrentes na APS provenientes de demandas trazidas pelos usuários no contexto de pandemia são:

✓ Sintomas de ansiedade e depressão - pessoas com tristezas e sintomas depressivos, sendo a forma de apresentação mais frequente uma mescla de sintomas: dor crônica vaga, sintomas ansiosos e depressivos. O sintoma de ansiedade refere-se a um estado de angústia, preocupação e/ou apreensão. É um problema frequente estando entre os dez motivos mais comuns de consulta. Diversas situações desencadeadas ou agravadas pelo período pandêmico podem gerar ansiedade suficiente para que uma pessoa procure o seu médico, mas, isso não quer dizer que essas queixas estejam causando repercussão funcional tamanha que justifique o diagnóstico de um transtorno. Apenas a ansiedade excessiva ou inadequada é considerada patológica, pois pode prejudicar a qualidade de vida de uma pessoa (SILVA, 2019; OMS, 1993; TEIXEIRA, 2020);

✓ Somatização e sintomas sem explicação médica - indivíduos que apresentam sintomas sem explicação médica na prática assistencial. Geralmente expressam uma forma de sofrimento emocional associado que necessita ser corretamente diagnosticado e cuidado. Os fatores de risco para a cronificação, dentre eles eventos produtores de estresse e conflitos, devem ser avaliados a fim de se evitar a cronificação. As primeiras referências da psicanálise se constituíram considerando a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas, buscando estabelecer a relação entre conflitos emocionais, experiências de estresse pós-traumático, associados com tipos de doenças somáticas, como úlcera, alergias, enxaqueca, asma, distúrbio digestivos e distúrbios do sono. Nesse sentido busca-se compreender as relações entre as emoções e o sistema imunológico e detectar estruturas e mecanismos de natureza celular, fisiológica e anatômica que poderiam mediatizar a percepção de eventos internos e externos, sua elaboração e as reações do organismo (VOLICH, 2007);

✓ Perturbações do sono - a exposição recorrente a situações de cansaço físico e estresse psicológico, angústia e dúvidas provocadas, podendo ser até mesmo no contexto de pandemia da Covid-19 pode ser fator desencadeador de perturbações do sono. Não é possível definir a duração fisiológica normal do sono, a não ser em

termos de média, pois a necessidade de horas de sono varia com a idade e a personalidade de cada indivíduo, bem como o estado físico e psíquico (CARVALHO, F. *et al,* 2019);

✓ Problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas - o álcool é a droga mais produzida, consumida e que causa mais dependência em todo o mundo. O álcool está relacionado a danos de saúde diretos aos usuários, como traumas, cânceres e cirrose. É o fator mais frequentemente associado a episódios de violência interpessoal, seja nas relações familiares ou comunitárias próximas. Da mesma forma, é o fator mais frequentemente associado a acidentes de trânsito envolvendo alcoolizados e não alcoolizados. Na APS, as equipes de saúde têm o papel essencial em identificar, diagnosticar, oferecer alternativas terapêuticas e acompanhar o cuidado em longo prazo (SILVA, *et. al.*, 2019). Considerando o contexto de pandemia e enfrentamento da situação de confinamento das famílias, entende-se que, nesse momento e no mundo todo, as coisas ficam mais agudas para cada um e também no coletivo e o consumo de drogas pode aumentar. Os pactos sociais se desequilibram, tanto no interior das casas, quanto no calor das ruas e ocorre o aumento do consumo de álcool, da violência doméstica e do consumo de outros tipos de drogas. A violência emerge mais claramente e os conflitos vêm à tona (HOMEM, 2020).

A pandemia da Covid-19 e as mudanças associadas a este período podem contribuir para os agravos em saúde mental. Nesse sentido, as condutas devem ocorrer a partir de um conjunto de ações alinhadas e articuladas no âmbito familiar e em rede de apoio de assistência à saúde. Além disso, a programação e fluxograma dos atendimentos dos serviços de saúde devem ser organizados mediante às necessidades dos usuários, articulados e acordados com as equipes de saúde.

Explore o website!

Para fixar melhor esta aula assista a **Videoaula 1: Saúde mental no contexto da Covid-19.**
O sanitarista Paulo Amarante, coordenador do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (LAPS/ENSP/Fiocruz) e presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), destaca as principais narrativas no debate sobre saúde mental no período da pandemia da covid-19 e ressalta a importância de se ter cautela em não "patologizar" as reações da pandemia para que não haja um aumento no número de pessoas com sofrimento psíquico em decorrência da situação de pandemia. Clique aqui.

Assista, também, a **vídeo aula 2 sobre a atuação em saúde mental**.
Essa videoaula apresenta o l**ançamento de livro: Recomendações e orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocia**l da Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Relato de Ilana Katz disponível aqui.

4.2 CUIDADOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.2.1 Impactos da Covid-19 no adoecimento mental

Os impactos na saúde mental provocados pela Covid-19 nos remetem à constatação de que os profissionais de saúde são os recursos mais preciosos a serem preservados a receber suporte durante e pós-pandemia. Os riscos e agravos na saúde mental decorrentes de tão elevado nível de estresse durante eventos epidêmicos podem comprometer a atenção e a capacidade de decisão das equipes de saúde, o que afeta não somente a luta contra a Covid-19, mas também pode ter efeito duradouro no bem-estar geral dos profissionais, para além do período do surto (KANG *et al*., 2020).

As estratégias de distanciamento social têm sido apontadas como as mais importantes intervenções para o controle da Covid-19, no entanto, para as equipes de assistência à saúde (especialmente aqueles profissionais que estão no cuidado direto de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Covid-19 em serviços de atenção primária, nas unidades de pronto-atendimento e nos hospitais) a recomendação dificilmente se aplica. Por muitas vezes estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, faz com que se exponham a uma alta carga viral diariamente. Além disso, estão submetidos a enorme estresse ao atender pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho frequentemente inadequadas (TEIXEIRA, 2020).

No Brasil, os profissionais nos serviços de saúde, muitas vezes estão submetidos a enorme estresse, seja pela imposição do contato com os portadores do vírus, ou as condições marcadas também pela falta ou baixa qualidade de equipamentos de proteção, número insuficiente de trabalhadores, altas jornadas de trabalho, improvisação das estruturas e exposição ao vírus (SANTOS, 2020).

Reconhecemos seus esforços e afirmamos que os profissionais de saúde estão trabalhando diferentemente, em uma cultura inclusiva e de compaixão. Ressaltamos que, humanizar a saúde significa colocar-se no lugar do paciente, ter empatia por ele, atendendo suas necessidades essenciais, proporcionando-lhe o máximo de conforto e autonomia que a doença permite. Por essa razão também é importante criar um sentimento de pertencimento e promover serviços mais inclusivos, criando lugares de trabalho em que os trabalhadores desejam permanecer (MENDES, 2020).

Dentre os problemas que tem afetado os profissionais de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 salienta-se o risco de contaminação, doença e morte, além de intenso sofrimento psíquico, que se expressa em transtorno de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares (TEIXEIRA, 2020). Mas algumas adaptações no sistema de saúde por meio de tecnologias digitais, criação de ações inovadoras de trabalho em equipe agregado à era de aceleração das melhorias na atenção à saúde, têm permitido aumentar a compreensão das pessoas

usuárias, ofertar serviços de forma mais conveniente e oferecer soluções customizadas para cada pessoa. (MENDES, 2020).

O enfoque de pandemia é insuficiente para o enfrentamento da doença que envolve relações complexas entre a Covid-19 e outras condições agudas e crônicas e o seu entorno social. A resolução consequente da Covid-19 exige compreender que ela não será solucionada somente com modelos de intervenção provenientes exclusivamente do campo biomédico (MENDES, 2020).

Não apenas a saúde física, portanto, é afetada, mas também a saúde mental e, manter uma saúde mental diante da elevada carga de estresse que todos estão passando na pandemia, somadas às demandas de trabalho de enfrentamento da Covid-19, não é tarefa simples. Embora todos os profissionais estejam, a princípio, submetidos às mesmas condições de trabalho, a experiência é vivenciada de modo singular para cada um.

Nem todos aqueles que trabalham no enfrentamento à Covid-19 vão adoecer psiquicamente. Mas, se o estresse crônico estiver afetando o bem-estar e, de algum modo, prejudicando o desempenho das funções atribuídas a esses profissionais, um serviço especializado de saúde mental pode ajudá-los no reequilíbrio emocional. Por outro lado, o trabalho em uma situação de pandemia pode também ser visto como gratificante quando os envolvidos sentem que estão contribuindo com algo bom e importante. Isso melhora a autoestima e promove a valorização da vida, um fenômeno que tem sido chamado de crescimento pós-traumático. A maioria dos indivíduos recupera-se de uma experiência dita traumática sem apresentar sintomas psicopatológicos, mas é preciso reconhecer quais são as reações esperadas, quais os sinais de alerta e a frequência que eles aparecem para saber o momento de pedir ajuda (NOAL, 2020).

4.2.3 Identificação de sinais de alerta

Sinais e sintomas comuns em profissionais de saúde durante a Covid-19 são: irritabilidade, insônia ou sonolência incomum, falta de apetite ou fome fora do comum, baixa concentração, desânimo ou aceleração, fraqueza/baixa energia, dificuldade para relaxar ou ficar rememorando os acontecimentos do dia no período de descanso, dores no corpo persistentes (ex. dor de cabeça, no estômago, alergias cutâneas), tremores sem explicação, inquietação e desesperança. A presença desses sinais é esperada, mas a frequência, a persistência e a intensidade deles podem requerer atenção, especialmente, se em alguma medida, prejudicam a qualidade de vida do trabalhador e/ou interferem negativamente na execução das suas tarefas diárias (NOAL, 2020).

Ao se constatar casos prioritários de colegas de trabalho ou familiares que atuem na área da saúde com dificuldades em lidar com a situação, é fundamental incentivá-los a

buscar ajuda, seja com profissionais da atenção psicossocial, líderes comunitários, religiosos ou mesmo dentro da própria equipe.

Ressalta-se a importância do reconhecimento de seus próprios limites e pedir ajuda quando necessário for, a fim de viabilizar o apoio, o suporte e devido atendimento para estes profissionais de saúde que, além de estarem em cumprimento com as suas atividades para salvar vidas, também é importante estarem atentos tanto às suas limitações físicas, quanto psicológicas na medida em que estão em contato com exposição recorrente a fatores estressantes (ROHED, 2020).

SAIBA MAIS

Leia mais sobre este assunto neste material: **Guia de Saúde Mental Pós Pandemia no Brasil.** Clique aqui.

4.2.4 Orientações de autocuidado

Existem pontos importantes de orientações para a prática do autocuidado aos profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. Gerenciar sua saúde mental e bem-estar psicossocial durante esse período é tão importante quanto gerenciar sua saúde física (WHO, 2020).

1. Cuide-se neste momento. Tente usar estratégias úteis de enfrentamento, como garantir descanso e descanso suficiente durante o trabalho ou entre turnos, comer alimentos suficientes e saudáveis, praticar atividades físicas e manter contato com a família e os amigos. Evite usar estratégias que não favoreçam o enfrentamento, tais como tabaco, álcool ou outras drogas. A longo prazo, isso pode piorar o seu bem-estar físico e mental.

2. Infelizmente, alguns profissionais de saúde podem evitar a família ou a comunidade devido ao estigma ou medo. Isso pode tornar uma situação já desafiadora muito mais difícil. Se possível, permaneça conectado com seus entes queridos, inclusive através de métodos digitais. Volte-se para seus colegas, seu gerente ou outras pessoas confiáveis para obter apoio social, pois podem estar tendo experiências semelhantes às suas.

3. Use maneiras compreensíveis de compartilhar mensagens com pessoas com deficiências intelectuais, cognitivas e psicossociais. Formas de comunicação que não dependem apenas de informações escritas devem ser utilizadas.

4. Saiba como fornecer suporte para as pessoas afetadas pela Covid-19 e saiba como vinculá-las aos recursos disponíveis. Isso é importante para aqueles que necessitam de suporte em sua saúde mental e apoio psicossocial. O estigma associado a

problemas de saúde mental pode causar relutância em buscar apoio tanto para a Covid-19 quanto para as condições de saúde mental.

O Guia *Mental Health GAP* (demhGAP) inclui orientação clínica para abordar as condições prioritárias de saúde mental e foi desenvolvido para uso por profissionais de saúde em geral. Clique aqui.

Leia a **Nota Técnica Núcleo de Saúde Mental - DAPS/SES** e compreenda como proteger a sua saúde mental em tempos de coronavírus. Clique aqui.

4.3 O DILEMA DAS PERDAS NO CONTEXTO DA COVID-19

4.3.1 Breve histórico dos estudos sobre luto

Em 1917, quando *Freud* publicou *Luto e Melancolia*, a partir de suas observações clínicas durante a Primeira Guerra Mundial, ele comparou pesar e melancolia e considerou que o luto como causa de depressão tende a se manifestar em relações ambivalentes. Amor, luto, vínculo e perda são duas faces da mesma moeda: não se pode ter uma sem ter a outra. Como suas análises foram feitas naquele período histórico, ele teve a possibilidade de identificar muitos sintomas psiquiátricos ou transtornos pós-traumáticos, de modo que esta obra se tornou uma referência fundamental para o estudo do luto (FRANCO, 2010).

Novas vertentes para o luto vêm sendo estudadas e debatidas na atualidade. Uma delas é a concepção de luto como um processo de construção de significado, poder reconstruir algo já existente e por encontrar significados novos construídos interativamente dentro das famílias, ao mesmo tempo que elas são influenciadas pela sociedade, pela cultura e pelo período histórico (FRANCO, 2010 *apud* NADEAU, 1998).

O luto por definição é uma experiência natural que ocorre quando existe um vínculo rompido. A partir desse momento se inicia um processo de luto que pode apresentar evidências facilmente detectáveis, ou não. A experiência de um processo de luto, pode ser vivenciada no *campo das emoções*, no qual o indivíduo se expressa por meio de choros, tristezas, lamentações - no *campo cognitivo*, em que a pessoa pode ficar desatenta ou esquecer coisas - no *campo da espiritualidade ou religiosidade* quanto ao significado da vida e da morte, e também pode ser vivenciada no *campo social*, quando existe um recolhimento e o indivíduo não quer se aproximar de ninguém, por exemplo. O luto é uma experiência que

pode ser expressada por todos esses âmbitos, geralmente todos juntos e misturados. É importante ressaltar que esse movimento ocorre por oscilações (como um processo regulatório necessário). A morte de um ente querido requer que o enlutado se reajuste ao seu mundo presumido ao aceitar a morte, e que o vínculo rompido não interfira no fato de refazer sua vida, juntamente com a necessidade de restauração (FRANCO, 2021).

Leia mais sobre o **processo de luto**. Clique aqui.

4.3.2 As perdas vivenciadas em tempos de pandemia

O Brasil continua a exibir um quadro de enorme tragédia humanitária, ultrapassando 200 mil mortes por Covid-19 em dez meses, uma média de 20 mil mortes por mês, sendo o segundo país com o maior número de mortes em todo o mundo. São quase 10 milhões de pessoas com infecção confirmada (ABRASCO, 2021).

A pandemia da Covid-19 apresenta um luto de contornos próprios, vivenciado de forma significativa por famílias que perderam seus entes pela Covid-19. No cenário atual, a inexistência ou restrições dos rituais de luto diante da imposição sanitária, levam às famílias a terem que viver a experiência sem o ritual de despedida, retirando uma possibilidade importante de quem está vivendo o luto. Entende-se que os rituais de despedida são uma tradição trazida pela cultura oral ou vicariante que oferece ao enlutado a possibilidade importante de se reorganizar, abraçar outras pessoas, estar junto aos familiares e amigos. A suspensão ou impedimento deste momento ser compartilhado redimensiona o agravo, que pode representar coletivamente um sofrimento que poderá perpetuar para além da pandemia, por ser acrescido de mais mortes, de mais casos de pessoas conhecidas e que poderá necessitar de um tempo maior de elaboração (FRANCO, 2021).

Como sobreviventes de uma pandemia, transtornos ligados ao estresse agudo e traumático podem repercutir na qualidade de vida emocional de muitas pessoas, empobrecendo a funcionalidade vital, chegando a situações de franco adoecimento psíquico levando até ao suicídio (ESCUDEIRO, 2020).

Diante de tantos desafios, medidas de promoção do luto saudável são imprescindíveis. Nesse sentido, os recursos tecnológicos e novas possibilidades criativas podem redesenhar as vivências futuras no que se refere às práticas para a materialização da perda, podendo auxiliar familiares e amigos de vítimas da Covid-19 na realização de práticas de despedida que respeitem os protocolos de segurança, permitam o contato com suas emoções, favoreçam o alívio ao sofrimento e facilitem a elaboração do luto saudável (ESCUDEIRO, 2020).

Para melhor compreensão do luto assista:
- Videoaula 1 - **Processo de Luto no Contexto da Covid-19.** Clique aqui.

- Vídeoaula 2: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - **Em 2021 a Abrasco continuará lutando com esperança**. Clique aqui.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota de pesar e indignação da frente pela vida pelas 200 mil brasileiras e brasileiros mortos por Covid-19.** 7 jan. 2021. Disponível em: https://antonioarchangelo.com/2021/01/08/nota-de-pesar-e-indignacao-da-frente-pela-vida-pelas-200-mil-brasileiras-e-brasileiros-mortos-por-covid-19/. Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 14 jan. 2021.

CARVALHO, F. *et. al.* Perturbações do sono. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 2075

ESCUDEIRO, A. **Mortos sem flores:** ausência dos rituais de despedida. Blumenau, SC: Gráfica e Editora 3 de Maio, 2020.

FRANCO, M. H. P. (org.) **Formação e rompimento de vínculos:** o dilema das perdas na atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

FRANCO, M. H. P. **A intervenção psicológica em emergências:** fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015.

FRANCO, M. H. P. Estamos vivendo um novo luto? Covid-19 ressignifica rituais de despedida. [Entrevista cedida a] Ana Cláudia Peres. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 29 jun. 2020. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/estamos-vivendo-um-novo-luto. Acesso em: 07 jan. 2021.

HOMEM, M. **Lupa da alma:** quarentena-revelação. São Paulo: Todavia, 2020.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, London, UK v. 7, n. 3, p. e14, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/. Acesso em: 23 de dez. 2020.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda ou o “paciente invisível”. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DO CONASS E CONASEMS, 1., **Anais eletrônicos** [...], 9 dez. 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf. Acesso em: 9 dez. 2020.

NADEAU, J. W. **Families making sense of death (understanding families).** Thousand Oaks: Sage Publication, 1998.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 342 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health and psychosocial considerations during COVID-19**, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf. Acesso em: 07 jan. 2021.

ORNELL, F. *et al*. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00063520, 2020.

PRINCE M. No Health without mental health. **The Lancet**, [*S. l.*], v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext. Acesso em: 09 dez. 2020.

ROHDE, L. A (coord.). **Guia de saúde mental pós pandemia no Brasil**. Porto Alegre: Instituto de Ciências Integradas (INI), 2020. *E-book.* https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inline-files/Guia-de-Saude-Menta-%20pos-pandemia-Pfizer-Upjohn.pdf. Acesso em: 07 jan. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota técnica nº 012/2020-DAPS/SPS/SES/SC** (19.05.2020) Medidas de enfrentamento à violência doméstica no contexto da pandemia da COVID-19. Florianópolis, SES, 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NT%20Violencia%20domestica_24-05-2020.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

SANTOS, D. V. D. et. al. Saúde do trabalhador na Atenção Básica em tempos de pandemia em COVID-19 e atenção primária: as experiências nos territórios. 2020. *In*: PROFSAÚDE. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: Rede PROFSAÚDE, 2020.

SILVA, E. S. *et al.* Problemas relacionados ao consumo de álcool. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 2092

SILVA, F. D. *et. al.* Ansiedade e estresse. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C.**Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019 p. 2054.

SILVA, G.; IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BADARÓ-MOREIRA, M. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. **Psicologia:** ciência e profissão, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, abr./jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-

3703001452015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0404.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S *et. al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000903465&script=sci_arttext. Acesso em: 14 dez. 2020.

VOLICH, R. M. *et al.* **Psicossoma II:** psicossomática psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 17-31.

UNIDADE 5

REABILITAÇÃO PÓS COVID-19

AUTORES:
DÉBORA BATISTA RODRIGUES
CAROLINE RIELLA

UNIDADE 5 - REABILITAÇÃO PÓS COVID-19

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Apresentar as estratégias de reabilitação pós-Covid19

5.1 REABILITAÇÃO PÓS-INTERNAÇÃO

A pandemia da Covid-19 trouxe uma série de impactos:

- Mortalidade;
- Altas taxas de internação hospitalar;
- Grande impacto funcional aos que se recuperaram da doença, principalmente àqueles que necessitaram de internações em UTI;
- Transtornos de estresse pós-traumático, ansiedade, fraqueza, falta de ar, anosmia, ageusia, perda de peso, desnutrição;
- Covid-19 inflama as células respiratórias e deixa sequelas importantes.

Dentre estes impactos, a experiência da internação, do isolamento, e de todos os cuidados necessários durante todo o período, desencadeiam reações adicionais, não só relacionadas ao trauma emocional, mas também ao trauma físico da incapacidade de realizar atividades básicas (RIELLA, 2020).

Pessoas com Covid-19 acometidas principalmente de forma grave necessitam de reabilitação durante as fases aguda, subaguda e a longo prazo dos cuidados de saúde. Profissionais de reabilitação devem estar presentes em UTI, enfermarias hospitalares, unidades de atenção subaguda e na comunidade, em geral (CONASS, 2020).

A reabilitação proporciona uma melhora nos resultados de saúde de pacientes e beneficia os serviços de saúde (OPAS, 2020) como:

- Melhores resultados de saúde e funcionalidade - ela pode reduzir a frequência de complicações resultantes das internações em UTI como a Síndrome pós terapia intensiva (conjunto de incapacidades funcionais, cognitivas e psicossociais adquiridas ou agravadas após uma doença crítica e permanência na terapia intensiva) e visa otimizar a recuperação de um paciente e reduzir a ocorrência de incapacidade. As intervenções de reabilitação podem ajudar a resolver muitas das consequências da Covid-19 grave, incluindo deficiências físicas, cognitivas e relacionadas à deglutição, além de fornecer apoio psicossocial. Pacientes mais idosos, e aqueles com problemas de saúde preexistentes, podem ser mais vulneráveis aos efeitos da doença grave, e a

reabilitação pode ser particularmente benéfica para manter o seu nível anterior de independência.

- Facilitação da alta precoce - a reabilitação é particularmente importante para preparar os pacientes para a alta, coordenar altas hospitalares complexas e garantir a continuidade do cuidado.

- Redução do risco de reinternação - a reabilitação ajuda a garantir que os pacientes não se deteriorem após a alta e precisem ser reinternados, o que é essencial num contexto de escassez de leitos hospitalares.

Um ponto importante que precisa ser destacado é a transição do cuidado para a APS ou AAE monitorando o paciente após a alta para garantir o aprendizado e continuidade do cuidado. A síndrome pós Covid-19 pode ser incapacitante, prejudicando a realização de atividades cotidianas simples, com um cansaço e falta de energia desproporcionais, e comprometendo a rotina e o retorno às atividades de vida diária (CONASS, 2020).

5.2 TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

A reabilitação aborda o impacto de uma condição de saúde na vida cotidiana de uma pessoa, otimizando seu funcionamento e reduzindo sua experiência de deficiência. A reabilitação expande o foco da saúde para além dos cuidados preventivos e curativos, para garantir que as pessoas com uma condição de saúde possam permanecer o mais independentes possíveis e participar na educação, no trabalho e em papéis significativos na vida (WHO, 2020).

Estudo realizado com 143 pacientes pós Covid-19 resultou na informação que 87,4% relataram a persistência de pelo menos um sintoma, particularmente fadiga e dispneia (CARFÌ; BERNABEI; LANDI, 2020).

Para a melhora desta questão é importante orientar a prática de exercícios que estimulem a reabilitação motora e cardiorrespiratória beneficiando também a disposição, força muscular e flexibilidade. Quando não apresentar febre, falta de ar aos mínimos esforços, palpitações ou dor no peito o paciente está apto a executar as atividades propostas, mas sempre com a orientação do profissional de saúde desta especialidade (CONASS, 2020).

É importante, antes dos exercícios, orientar sobre a importância de inspirar e expirar. Exercícios associados com membros superiores e inferiores ajudam nos resultados da reabilitação, como os destacados a seguir:

Figura 10 - Exercícios associados com membros superiores e inferiores

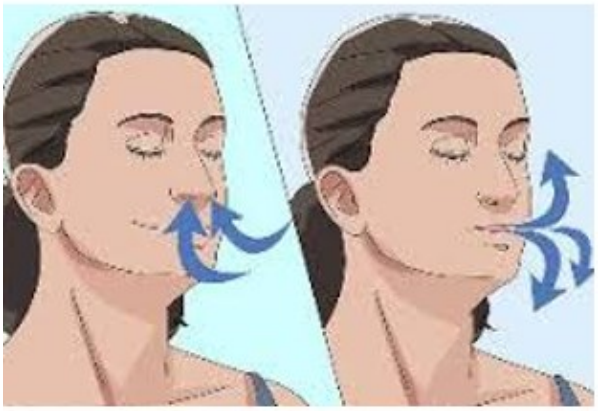
Fonte: RIELLA, 2020

A reabilitação do paciente que teve Covid-19 deverá ser uma intervenção abrangente com base em avaliação completa do usuário, seguida de intervenções personalizadas que incluem exercícios de treinamento e educação e mudança de comportamento, projetadas para melhorar a condição física e psicológica dos usuários e promover a adesão a longo prazo aos comportamentos de melhoria da saúde (DIAS, et al., 2020).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2020) orienta que a reabilitação a longo prazo, para pacientes pós Covid-19, deve incluir a realização de exercícios progressivos, bem como a educação sobre conservação de energia e alterações do comportamento:

- Exercício respiratório inspiração fracionada: este exercício pode ajudar a controlar a sensação de falta de ar, melhorar a oxigenação do sangue e o padrão respiratório. A realização do exercício é feita com inspirações curtas, inspire por 1 segundo, segure por 2 segundos, puxe o ar novamente e segure por mais 2 segundos. Ao completar a inspiração, realize a expiração do ar de uma vez só. Repita de 5 a 10 vezes.

Figura 11 - Exercício respiratório inspiração fracionada



Fonte: Disponível: http://www.tjpa.jus.br/CMSPortal/VisualizarArquivo?idArquivo=887784.

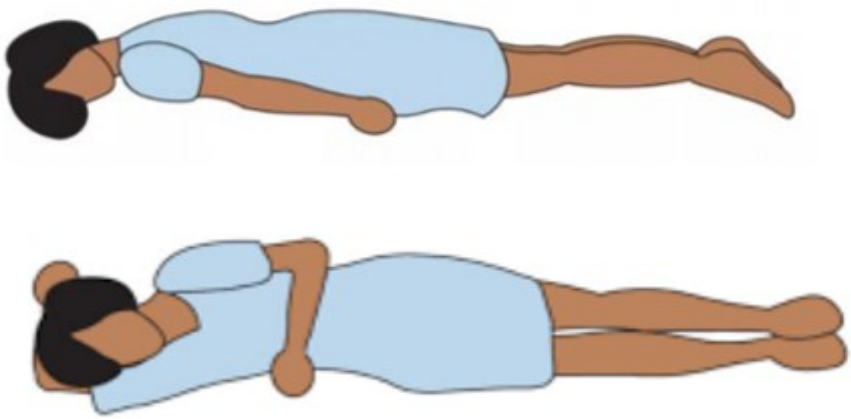
- Exercício respiratório diafragmático: melhora a força e resistência da musculatura respiratória. A técnica consiste em colocar as mãos na região abdominal, aplicando uma leve compressão, e então deve-se realizar uma profunda inspiração verificando o deslocamento anterior da região abdominal, a expiração pela boca suavemente. Realizar 10 vezes.

Figura 12 - Exercício respiratório diafragmático

Fonte: Disponível em: http://www.tjpa.jus.br/CMSPortal/VisualizarArquivo?idArquivo=887784

- Pronação ativa: distribuição regional dorsal de fluxo sanguíneo em ambas posições. A presença de hipoxemia é um dos marcos presentes nos casos de Covid-19 e deitar com abdome para baixo ajuda na distribuição mais uniforme do estresse e da tensão pulmonar, melhora da relação ventilação/perfusão e melhora da mecânica pulmonar e da caixa torácica.

Figura 13 - Pronação ativa



Fonte: Disponível em: https://www.embeds.co.uk/wp-content/uploads/2020/04/Self-Proning-Positioning-leaflet.pdf

Durante a recuperação a longo prazo da Covid-19, os pacientes podem se beneficiar de intervenções de reabilitação pulmonar, voltadas a deficiências físicas e respiratórias, que incluem uma combinação de exercícios progressivos, educação, atividades da vida diária e apoio psicossocial. Em muitos contextos, em razão de restrições relacionadas à pandemia e ao risco de infecção, o telemonitoramento provavelmente será necessário após a alta hospitalar. Os serviços de reabilitação devem estar localizados na APS para prestar cuidados de longo prazo (OPAS, 2020).

Assista a videoaula sobre **Reabilitação pós Covid-19.** Clique aqui.

REFERÊNCIAS

CARFÌ, A.; BERNABEI, R.; LANDI, F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. **JAMA.,** v. 324, n. 6, p. 603-602, 2020. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351doi:10.1001/jama.2020.12603. Acesso em: 15 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: CONASS, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

DIAS, C. S.; CAMELIER, F. W. R., SANTOS, M. L. M. Recomendações para a atuação dos fisioterapeutas no âmbito da atenção primária à saúde de pacientes suspeitos ou diagnosticados com Covid-19. **Assobrafir**: Comunicação social, 2020. Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_APS_2020.06.01.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Considerações sobre a reabilitação durante o surto de Covid-19**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52103/OPASNMHMHCOVID-19200009_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 15 jan. 2021.

RIELLA, C. Webnário. Reabilitação pós COVID-19: Capacitação para os profissionais da APS. 4 dez. 2020. 1 vídeo (1h14min.10s.). Publicado no canal COSEMS SC. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=xNfxOJAllyA. Acesso em: 15 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reabilitação**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1. Acesso em: 15 jan. 2021.

9 786599 429507

GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE