

Guia de Referência Rápida:

**ABORDAGEM DA
INFECÇÃO PELO NOVO
CORONAVÍRUS (COVID-19)
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

.....

1ª Edição – 02/06/2021

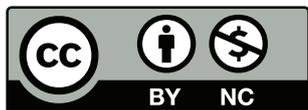
PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Guia de Referência Rápida:
**ABORDAGEM DA
INFECÇÃO PELO NOVO
CORONAVÍRUS (COVID-19)
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

.....

1ª Edição – 02/06/2021

Rio de Janeiro/RJ
2021



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2021 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20211-110

Telefone: (21) 2976-2024 / E-mail: gabsauderio@gmail.com

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz

Secretário Municipal da Saúde

Fernanda Adães Britto

Subsecretário Geral

Ana Luiza Caldas

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Integração das Áreas de Planejamento

Denise Jardim

Superintendente de Promoção da Saúde

Márcio Garcia

Superintendente de Vigilância em Saúde

FICHA TÉCNICA

Elaboração

Michael Schmidt Duncan (S/SUBPAV/SAP)

Colaboração

Aline Gonçalves Pereira (S/SUBPAV/SAP)
Caio Ribeiro (S/SUBPAV/SVS/CIEVS)
Carolina Monteiro da Costa (COE COVID-19 RIO)
Cláudia Ramos (S/SUBPAV/SAP)
Daniel Medeiros Gonzaga (AMFaC-RJ)
Débora Junqueira Fonseca Oliveira (AMFaC-RJ)
Flávio Dias da Silva (S/SUBPAV/SVS/CVE)
Gabriel Velloso (AMFaC-RJ)
Gislani Mateus Aguiar (S/SUBPAV/SVS)
Juliana Manhães (S/SUBPAV/SIAP)
Lívia Câmara (S/SUBPAV/SAP)
Luciana de Almeida Pinto (S/SUBPAV/SVS/CIEVS)
Oswaldo Gonçalves Cruz (COE COVID-19 RIO e Fiocruz)
Rita Helena Borret (AMFaC-RJ)
Roberta Coelho (S/SUBPAV/SAP)

Revisão técnica

Ana Luiza Caldas (S/SUBPAV)
Renato Cony Serodio (S/SUBPAV/SAP)
Larissa Cristina Terrezo Machado (S/SUBPAV/SIAP)

Assessoria de Comunicação Social

Paula Fiorito
Cláudia Ferrari

Supervisão de Design

Aluisio Bispo – Ascom/SMS-Rio

Capa e Projeto Gráfico

Aluisio Bispo – Ascom/SMS-Rio

Diagramação

Sandra Araujo – Ascom/SMS-Rio

Ilustrações

Ana Maria Sanches

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O VÍRUS E FISIOPATOGENIA	6
3. NOVAS VARIANTES	7
4. HISTÓRIA NATURAL E QUADRO CLÍNICO	9
4.1. Transmissão	9
4.2. Período de incubação.....	9
4.3. Carga viral e infecciosidade.....	10
4.4. Espectros de gravidade	11
4.5. Quadro clínico.....	11
5. FATORES QUE AFETAM O RISCO DE INFECÇÃO E O PROGNÓSTICO	13
5.1. Fatores que aumentam ou diminuem o risco de infecção.....	13
5.1.1. Fatores relacionados ao vírus.....	13
5.1.2. Fatores relacionados ao contactante	13
5.1.3. Fatores relacionados ao indivíduo infectado	14
5.1.4. Fatores relacionados ao contexto em que ocorre a transmissão	14
5.2. Fatores que afetam o risco de evolução para formas graves de covid-19	14
6. MEDIDAS GERAIS DE PROTEÇÃO À VIDA	15
6.1. Proteção das pessoas acima de 60 anos e de outros grupos vulneráveis à covid-19 ...	15
6.2. Medidas de proteção à vida para a população geral	16
6.2.1. Distanciamento social e condições de ventilação do ambiente.....	16
6.2.2. Uso de máscaras	17
6.2.3. Lavagem e desinfecção das mãos e de superfícies contaminadas	17
7. EXAMES COMPLEMENTARES	18
7.1. Testes específicos para a covid-19	18
7.2. Exames de imagem	20
7.3. Exames laboratoriais	20
8. ABORDAGEM CLÍNICA DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	21
8.1. Caracterização do quadro clínico	21
8.1.1. Diagnóstico diferencial	24
8.1.2. Estratificação de risco: identificação de casos graves ou com risco aumentado para evolução desfavorável.....	24

8.2. Abordagem terapêutica	26
8.2.1. Manejo inicial dos casos graves enquanto se aguarda transferência	26
8.2.2. Alívio dos sintomas de pacientes que permanecerão em isolamento domiciliar	27
8.3. Orientações para o isolamento domiciliar	27
8.3.1. Duração do isolamento	27
8.3.2. Como realizar o isolamento domiciliar	27
8.4. Monitoramento da evolução clínica	28
8.4.1. Orientações aos pacientes ao final do primeiro atendimento	28
8.4.2. Intensidade do acompanhamento	28
8.4.3. Detecção precoce de hipoxemia silenciosa	30
8.4.4. Particularidades das comorbidades	30
8.4.5. Plano de acompanhamento	30
8.5. Fluxograma do atendimento de covid-19 na atenção primária	32
8.6. Orientações para registro no prontuário eletrônico	33
9. RASTREIO DE CONTACTANTES	34
10. SURTOS DE COVID-19	35
11. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	36
12. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	36
12.1. Para minimizar o risco de transmissão da covid-19 na unidade de saúde	36
12.2. Para redimensionar demandas assistenciais	37
13. ORIENTAÇÕES SOBRE VACINAÇÃO	39
14. ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES VACINADOS	41
15. ANEXOS	43
15.1. Fluxogramas de notificação	43
15.2. Checklists para a estruturação do atendimento a casos de covid-19 nas UAP	45
15.3. Modelo de atestado para caso de covid-19	46
15.4. Modelo de atestado para contactante	47
15.5. Laudo para teste rápido de antígeno SARS-CoV-2	48
15.6. Laudo para teste rápido de anticorpos SARS-CoV-2	49
16. REFERÊNCIAS	50

SOBRE ESTE GUIA

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) para o diagnóstico e o manejo na atenção primária da infecção pelo novo coronavírus. O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de atenção primária na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro da justificativa em prontuário. Por ser um campo em constante mudança, este guia será atualizado regularmente, e a versão mais recente estará disponível no site da SUBPAV (www.subpav.org) e no site www.coronavirus.rio, com uma lista das atualizações e suas respectivas datas.

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foi identificado um surto de uma infecção respiratória causada por uma nova variante de coronavírus, que chamou a atenção por sua elevada capacidade de transmissão e pelo número de óbitos relacionados.

O coronavírus é uma grande família de vírus que afeta predominantemente animais, como morcegos, gado, camelos, gatos e cachorros. Em humanos, quatro variantes são causa importante do resfriado comum. Ocasionalmente pode ocorrer a transmissão de animais para humanos e, a partir de então, a transmissão entre pessoas, o que pode levar a novas variantes de elevado potencial epidêmico.

Antes da pandemia atual do novo coronavírus, já havia ocorrido surtos por duas outras variantes. A primeira, SARS-CoV, atualmente chamada de SARS-CoV-1, ocorreu entre 2002–2003, iniciando na China e se propagando para inúmeros países, tendo acometido mais de 8 mil pessoas. A segunda, MERS-CoV, em 2012, na Arábia Saudita, apesar de ter se propagado menos, chamou atenção devido à sua maior letalidade.

A nova variante, pela sua semelhança ao SARS-CoV original, recebeu o nome de SARS-CoV-2, sendo também chamada de 'novo coronavírus', e a doença causada pela infecção passou a ser chamada de covid-19 (abreviação para "*coronavirus disease 2019*") (1). O surto, inicialmente localizado na China, logo se espalhou pelo mundo. Os primeiros casos confirmados no Brasil ocorreram no final de fevereiro de 2020 e o primeiro caso no município do Rio de Janeiro ocorreu no início de março. Logo em seguida começaram a aparecer os casos de transmissão local e foi declarada situação de transmissão comunitária.

Em 11 de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus. Em pouco tempo, o mundo mudou. Escolas na maioria dos países fecharam, assim como comércio, restaurantes, instituições culturais, parques e outros espaços públicos. A circulação de pessoas nas ruas foi reduzida, e a pandemia passou a ser presença constante nos noticiários e nas conversas cotidianas.

As taxas de incidência, hospitalização e mortalidade reduziram de forma expressiva após a implementação das medidas restritivas e, aos poucos, os estabelecimentos foram reabrindo e a sociedade foi se acostumando a novas normas de convívio social, que preveem distanciamen-

mento social, uso de máscaras e desinfecção frequente de mãos e ambientes. Novas ondas de transmissão foram surgindo, tornando necessário um olhar atento à dinâmica de circulação do vírus e aos indicadores, buscando um equilíbrio entre os impactos epidemiológicos da doença e as consequências econômicas das medidas restritivas.

Até o final de maio de 2021, ocorreram no mundo mais de 170 milhões de casos confirmados de covid-19, com mais de 3,5 milhões de óbitos. No Brasil, foram 16,5 milhões de casos confirmados e mais de 460 mil óbitos, enquanto no município do Rio de Janeiro foram mais de 320.000 casos confirmados e mais de 26.000 óbitos. A queda no PIB brasileiro foi de 4,3% em 2020, a maior queda ocorrida em 24 anos.

Ao longo desse mais de um ano de pandemia, muito se aprendeu sobre as características do SARS-CoV-2, a epidemiologia da covid-19, bem como sobre o que funciona e o que não funciona em termos de prevenção e tratamento. Em janeiro de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), instituiu um Centro de Operações de Emergência (COE) para acompanhar a evolução da pandemia no município. Semanalmente são divulgados boletins epidemiológicos que atualizam as informações sobre a evolução da pandemia e as medidas de enfrentamento pelo poder público.

Este guia de referência rápida resume a situação atual do conhecimento sobre a covid-19, especialmente aqueles aspectos de maior relevância clínica. Tem como objetivo apoiar a tomada de decisão nos atendimentos clínicos na Atenção Primária à Saúde (APS), além de permitir adequada orientação dos pacientes no território, reconhecendo o papel dos profissionais de saúde como difusores de informações cientificamente válidas.

2. NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O VÍRUS E FISIOPATOGENIA

O novo coronavírus corresponde ao SARS-CoV-2, 80% semelhante ao SARS-CoV-1, e 96,2% semelhante ao RaTG13, que afeta morcegos (2). É um vírus de RNA de fita única, envelopado.

O envelope viral é coberto pelas proteínas "*spike*", ou pico (S), de envelope (E) e de membrana (M), enquanto, internamente, destaca-se a proteína de nucleocapsídeo (N), ligada ao RNA (Figura 1). A entrada do vírus na célula humana é mediada pela proteína S, que se liga à enzima conversora da angiotensina 2 (ECA-2) e, após clivagem pela enzima serino protease transmembrana tipo II (TMPRSS2), ocorre a entrada do vírus na célula. Isso ocorre predominantemente em células pulmonares, mas também no trato gastrointestinal, no endotélio e na mucosa olfatória (3). As variações na expressão da ECA-2 em diferentes pessoas explicam, em parte, a variabilidade clínica na apresentação da doença. Por exemplo, crianças costumam ter menor expressão dessa enzima nos diferentes tecidos do que adultos e também costumam apresentar quadros mais leves. Além disso, algumas comorbidades que acarretam pior prognóstico, como o diabetes, estão associadas a uma maior expressão da ECA-2 em células pulmonares.

A proteína "*spike*" tem grande relevância clínica, pois, além de mediar a entrada do vírus na célula, é também o alvo identificado pela maioria dos testes sorológicos para diagnóstico de infecção prévia pelo coronavírus e é onde a maioria das vacinas disponíveis atua.

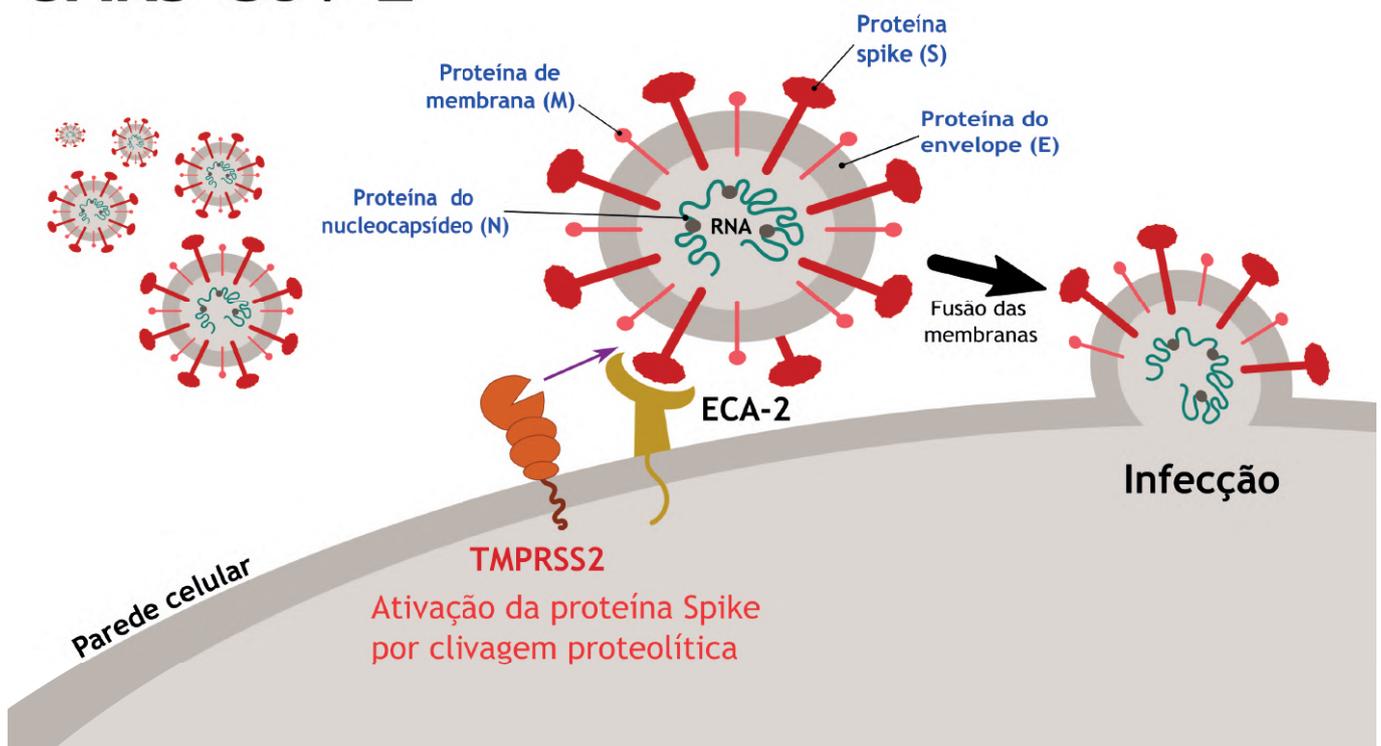
A infecção pelo coronavírus, assim como ocorre em outras infecções, desencadeia respostas imunológicas celulares e humorais. A resposta imune celular, mediada pelos linfócitos T, tem

início rápido e, na maioria das vezes, consegue debelar a infecção antes que ela produza maiores consequências. Por esse motivo, na maioria das vezes os quadros são assintomáticos ou leves. Entretanto, a infecção pode progredir, com maior impacto da ação viral, ou mesmo com a resposta imune celular ocorrendo de forma aberrante e desordenada, caso esse em que a resposta imune do hospedeiro passa a ser a fonte principal do dano associado à infecção.

Na resposta imune humoral, os linfócitos B produzem anticorpos que contribuem para o combate à infecção por meio da neutralização do vírus. Os anticorpos IgA e IgM estão mais presentes na fase aguda da doença, enquanto os anticorpos IgG são produzidos mais tardiamente, permanecendo elevados por duração ainda não bem estabelecida, ajudando a evitar a reinfecção, o que caracteriza a memória imunológica. Esses anticorpos podem ser identificados por meio dos testes sorológicos, que podem ajudar a identificar se a pessoa teve a infecção no passado. Destaca-se, entretanto, que a imunidade celular também produz memória imunológica, então é possível que mesmo pessoas nas quais não são identificados anticorpos IgG tenham proteção contra a infecção.

Figura 1. Desenho esquemático da estrutura do SARS-CoV-2.

SARS-CoV-2



3. NOVAS VARIANTES

Em comparação aos demais vírus de RNA, o coronavírus tem menor potencial de mutações, pois possui enzima que repara erros. Entretanto, à medida que o vírus se propaga, vão surgindo mutações relevantes, sendo que as com maior potencial de gerar preocupação são as mutações na proteína S, pelo seu papel na entrada do vírus na célula humana. As mutações, isoladamente, pouco afetam a capacidade de transmissão ou a letalidade do vírus, mas o somatório de diversas mutações tem levado a novas variantes que trazem preocupações relevantes em relação a esses aspectos.

As novas variantes vêm sendo monitoradas internacionalmente e, quando passam a ser identificadas com maior frequência, recebem a denominação de variante de interesse (VOI). Quando se demonstra que uma VOI (*variant of interest*) pode estar associada à maior transmissibilidade ou virulência, a uma redução da efetividade das medidas de enfrentamento da pandemia ou a outro motivo de preocupação apontado pela Organização Mundial de Saúde, ela recebe a denominação de variante de preocupação ou atenção (VOC, *variant of concern*). Ao longo de 2020, circularam amplamente no Brasil as linhagens B.1.1.28 e B.1.1.33, porém nenhuma delas apresentava alteração importante na proteína S. Entretanto, em janeiro de 2021, uma nova variante chamou a atenção em Manaus/AM, com mutações na proteína S que geraram alterações de importância biológica. Essa VOC passou a ser conhecida como P.1. Em 2021 começou a ser identificada também, em menor escala, a presença da VOC B.1.1.7, identificada primeiramente no Reino Unido. O Quadro 1 resume as informações relevantes relacionadas às VOCs que estão em circulação no Rio de Janeiro.

No nível municipal, esse monitoramento é feito pela Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (S/SVS/CIEVS), que, com o apoio da rede de vigilância em saúde e das unidades de atenção primária, investiga e monitora todos os casos notificados pelos laboratórios de referência. Cabe destacar que o monitoramento das variantes depende de testes não amplamente disponíveis, portanto, eles são realizados segundo critérios de amostragem determinados pela CIEVS, e não por critérios de avaliação clínica. Dessa forma, a presença da variante não é informada no laudo do paciente. O manejo clínico desses pacientes independe da identificação das variantes e segue os protocolos gerais já estabelecidos para a covid-19, e que serão descritos adiante neste guia.

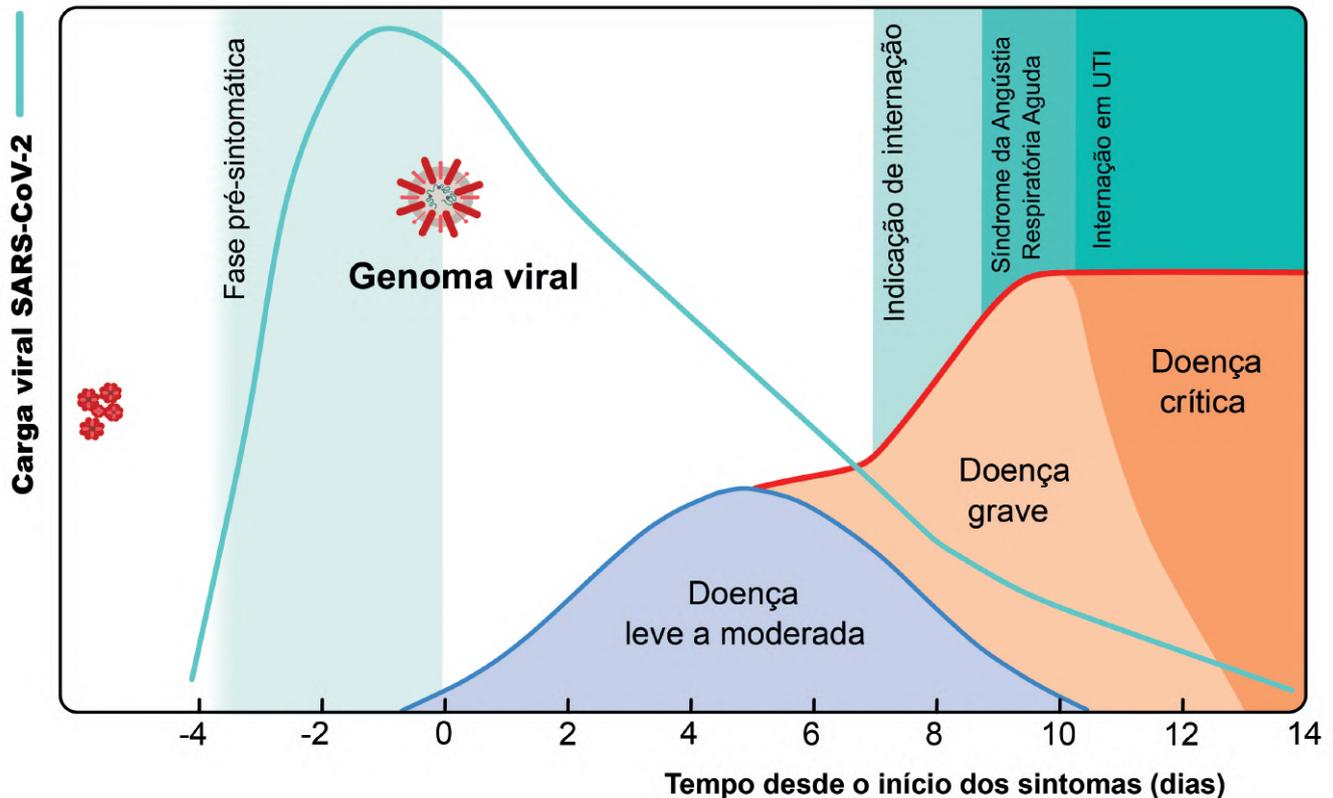
Quadro 1. Principais variantes do novo coronavírus já identificadas no Rio de Janeiro e atualmente em circulação (4, 5, 6).

VARIANTE	PAÍS ONDE FOI PRIMEIRO IDENTIFICADA	CARACTERÍSTICAS
B.1.1.7	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento de transmissibilidade; ■ Evidências preliminares sugerem maior risco de hospitalização e de mortalidade; ■ Discreta redução da capacidade neutralizante dos anticorpos de infecções prévias; ■ Vacinas CoronaVac, da Astrazeneca e da Pfizer efetivas contra essa variante.
P1	Brasil (Manaus)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento de transmissibilidade; ■ Ainda não há clareza sobre impacto no desenvolvimento de formas graves – possível aumento na taxa de hospitalização; ■ Reduz capacidade neutralizante dos anticorpos de infecções prévias; ■ Vacinas CoronaVac, da Astrazeneca e da Pfizer efetivas contra essa variante.

4. HISTÓRIA NATURAL E QUADRO CLÍNICO

A Figura 2 resume a história natural da covid-19, que é descrita a seguir.

Figura 2. História natural da infecção pela COVID-19.



Fonte: Adaptado de (3).

4.1. Transmissão

O SARS-CoV-2 é transmitido predominantemente por via respiratória, por meio de gotículas geradas, por exemplo, quando uma pessoa infectada respira, fala, canta, tosse ou espirra (7). Essas gotículas geralmente são transmitidas para pessoas próximas à pessoa infectada, a uma distância de até 1 a 2 metros. O vírus também pode ser transmitido por gotículas ou partículas menores, chamadas de aerossóis, que se propagam por distâncias maiores. Entretanto, essa não parece ser a forma predominante de infecção. Outra forma possível, porém pouco comum, é por meio do contato com superfícies contaminadas, por exemplo, quando a pessoa toca a superfície contaminada com a mão e depois leva a mão para os olhos, nariz ou boca.

4.2. Período de incubação

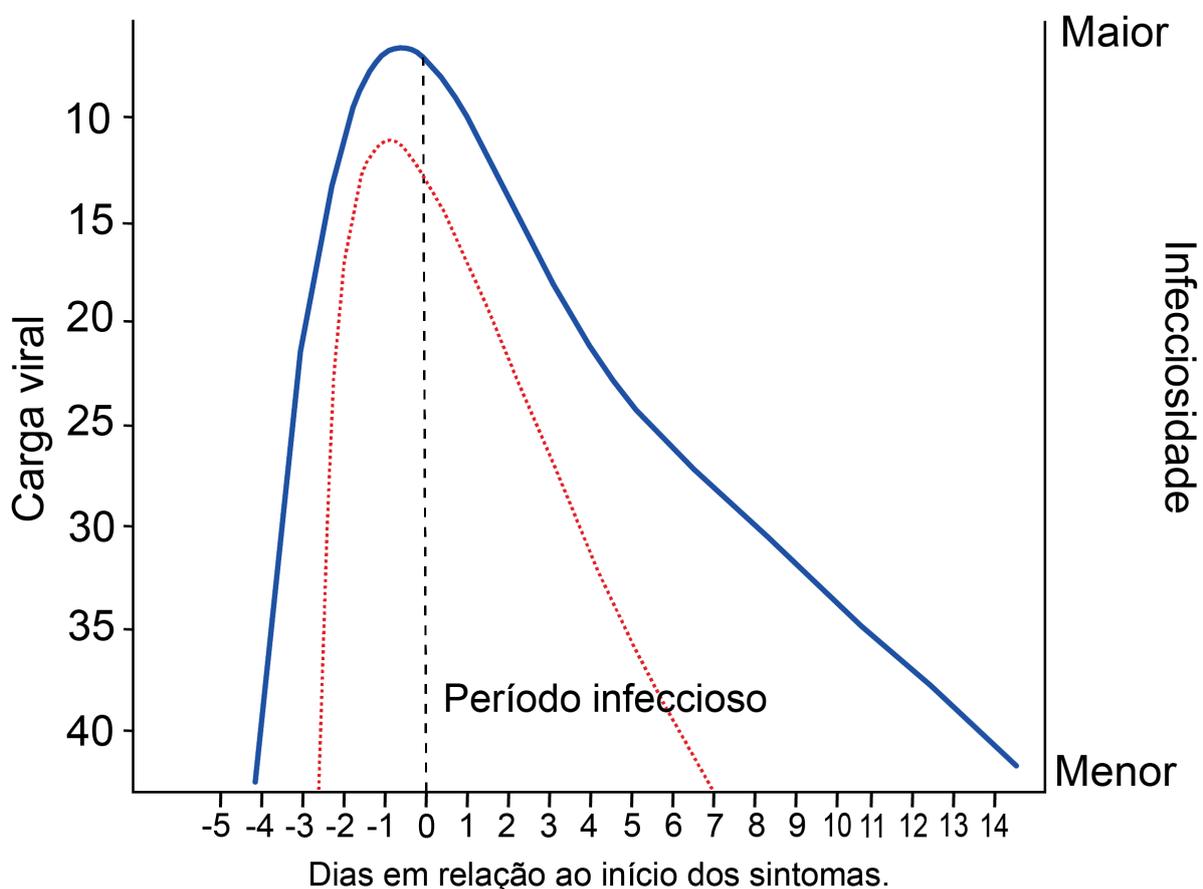
Após a transmissão da doença, advém o período de incubação, no qual ocorre multiplicação do vírus antes de iniciarem os sintomas. Estima-se um período médio de incubação de 5–6 dias (8), sendo que 97,5% daqueles que desenvolvem sintomas o fazem em até 11,5 dias desde o início da infecção (IC 95% 8,2 a 15,6 dias). Por esse motivo, orienta-se um período de observação de até 14 dias após contato com um caso suspeito ou confirmado de covid-19, mesmo na ausência de sintomas (9).

Em torno de um terço das vezes (10), o paciente não desenvolve sintomas no decorrer da infecção, sendo chamado de 'caso assintomático'. Não deve ser confundido com os casos pré-sintomáticos, que são aqueles que ainda não desenvolveram sintomas, mas o farão posteriormente.

4.3. Carga viral e infecciosidade

Uma característica marcante do novo coronavírus é que, como demonstrado na Figura 3, o pico da carga viral é precoce, o que faz com que pacientes pré-sintomáticos ou na fase inicial dos sintomas tenham maior capacidade de transmissão. Pressupondo um período de incubação de 5,2 dias, estimou-se que a infecciosidade do paciente inicia, em média, 2,3 dias antes do início dos sintomas, alcançando o pico 1 dia antes dos sintomas aparecerem, e declinando rapidamente ao longo de 7 dias. Isso justifica a importância do isolamento precoce dos casos e do rastreio de contactantes. Casos mais graves podem manter carga viral mais elevada e maior capacidade de transmissão, alterando esses números. (7) Alguns pacientes imunossuprimidos também podem manter carga viral mais alta por tempo prolongado, pois sua resposta imunológica tem maior dificuldade de conter a multiplicação do vírus (11).

Figura 3. Comparação entre a infecciosidade e a carga viral ao longo do tempo em adultos sintomáticos imunocompetentes. A linha vermelha pontilhada representa o período infeccioso, a linha azul contínua representa a carga viral no trato respiratório, e a linha vertical tracejada indica o início dos sintomas.



Em pessoas que permanecem assintomáticas, há menos dados sobre a dinâmica da carga viral e da eliminação de partículas virais. Entretanto, as evidências apontam que elas transmitem menos a infecção. (7)

4.4. Espectros de gravidade

Entre os pacientes sintomáticos, pode-se classificar a gravidade do quadro clínico em casos leves, moderados, graves e críticos, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2. Gravidade dos quadros sintomáticos.

Casos leves: caracterizados a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguidos ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.

Casos moderados: caracterizados pela ocorrência de pneumonia sem critérios de gravidade. Os sinais e sintomas incluem aqueles listados para os casos leves, bem como manifestações de agravamento, como adinamia, prostração, hiporexia e diarreia.

Casos graves: preenchem critério para síndrome respiratória aguda grave, como descrito adiante.

Casos críticos: as principais manifestações são sepse, síndrome da angústia respiratória aguda, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

Estudo chinês (12) que acompanhou a evolução de 44.500 pacientes com quadro sintomático confirmado de covid-19 mostrou que 81% apresentou quadro leve a moderado, 14% severo e 5% crítico. A letalidade é variável, dependendo de inúmeros fatores. No Brasil, somando os dados relativos a todo o período da pandemia, é estimada em 2,8% e, no município do Rio de Janeiro, 8,1%. (13)

4.5. Quadro clínico

O Quadro 3 resume a frequência dos diferentes sintomas de covid-19. O quadro clínico geralmente inicia com febre, evoluindo, logo em seguida, com tosse, na maioria das vezes seca. A perda de olfato ou paladar também costuma ser um sintoma precoce. Sintomas gastrintestinais, quando presentes, costumam iniciar por náuseas e vômitos, a diarreia sendo com maior frequência um sintoma tardio. (14)

A evolução clínica desfavorável pode decorrer de um maior dano tecidual provocado pelo vírus ou de uma resposta inflamatória exacerbada. Caracteriza-se por pneumonia, com posterior agravamento, síndrome da angústia respiratória aguda, insuficiência respiratória, sepse, choque séptico, eventos tromboembólicos, arritmias cardíacas, encefalopatia aguda, entre outros. Na maioria dos pacientes que têm evolução desfavorável, a doença progride de forma insidiosa, iniciando com sintomas leves e avançando aos poucos para quadros mais graves. A dispneia, quando presente, geralmente inicia entre o final da primeira semana e o início da segunda semana (mediana de 5 dias após o início dos sintomas), sinalizando maior acometimento pulmonar e necessidade urgente de avaliação médica. Entretanto, em muitos casos,

há presença de hipoxemia mesmo o paciente estando assintomático, o que recebe o nome de hipoxemia silenciosa. Nesses casos, há um descompasso entre um paciente que pode estar se sentindo bem, e a presença de uma hipoxemia importante evidenciada pela oximetria de pulso. (15) Identificar precocemente a hipoxemia silenciosa permite instituir intervenções oportunas para melhorar a oxigenação antes da rápida deterioração do quadro clínico.

Quadro 3. Frequência dos sinais e sintomas associados à covid-19.

MAIS FREQUENTES (> 50%)	MENOS FREQUENTES (< 50%)	RAROS (< 10%)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Febre (44 – 91%) ■ Tosse (57 – 74%) ■ Dispneia (31 – 63%) ■ Fadiga (31 – 70%) ■ Inapetência (39 – 84%) ■ Perda de olfato e/ou paladar (54 – 88%) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escarro (28 – 33%) ■ Dor muscular (11 – 44%) ■ Dor torácica (16 – 36%) ■ Diarreia (5 – 24%) ■ Náusea / vômitos (5 – 19%) ■ Cefaleia (6 – 70%) ■ Tontura (9 – 17%) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confusão mental ■ Coriza ■ Desmaio ■ Manifestações dermatológicas

Fonte: Adaptado de *Public Health Agency of Canada*. (16)

Em crianças, os sintomas costumam ser mais leves e há maior frequência de casos assintomáticos. Além disso, nessa população está descrita uma complicação rara, que ocorre em geral semanas após a infecção inicial, semelhante à doença de Kawasaki, denominada síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P). O quadro clínico da SIM-P pode incluir febre alta e persistente, cefaleia, náuseas, vômitos, dor abdominal, *rash* cutâneo, conjuntivite não purulenta, disfunções cardíacas, hipotensão arterial e choque. Geralmente os pacientes não apresentam sintomas respiratórios.

Embora a maioria dos pacientes com covid-19 tenha resolução dos sintomas agudos em 1 a 2 semanas, alguns podem ter carga viral elevada por mais tempo, sendo considerada fase aguda quando os sintomas persistem por até 4 semanas. Quadros clínicos em que os sintomas persistem além de 4 semanas vêm sendo chamados de covid longa ou covid pós-aguda, e podem ser subdivididos em covid subaguda (ou em andamento), com duração de 4 a 12 semanas, e covid crônica ou síndrome pós-covid, quando os sintomas se estendem além de 12 semanas. A covid longa pode estar associada a uma importante redução da qualidade de vida. O Quadro 4 apresenta o tempo aproximado para a resolução da maioria dos sintomas pós-agudos. A SMS-Rio está elaborando protocolo para o manejo desses sintomas na sua rede assistencial.

Quadro 4. Tipo, proporção e duração de sintomas persistentes de covid-19.

SINTOMA PERSISTENTE	TEMPO APROXIMADO PARA A RESOLUÇÃO DO SINTOMA
SINTOMAS FÍSICOS COMUNS	
Fadiga	3 meses ou mais
Dispneia	2 a 3 meses ou mais
Dor torácica	2 a 3 meses
Tosse	2 a 3 meses ou mais
Anosmia	1 mês, raramente mais

SINTOMAS FÍSICOS MENOS COMUNS	
Dor articular, cefaleia, rinite, síndrome sicca, disgeusia, inapetência, tontura, insônia, sudorese, vertigem, mialgias, alopecia e diarreia	Desconhecido (provavelmente semanas a meses)
MANIFESTAÇÕES PSICOLÓGICAS E NEUROCOGNITIVAS	
Transtorno do estresse pós-traumático	6 semanas a 3 meses ou mais
Perturbação de memória	Semanas a meses
Baixa concentração	Semanas a meses
Ansiedade/depressão	Semanas a meses

Fonte: Adaptado de (17).

5. FATORES QUE AFETAM O RISCO DE INFECÇÃO E O PROGNÓSTICO

Há grande variabilidade na suscetibilidade à infecção pelo novo coronavírus, na capacidade de transmissão da doença e no risco de evolução para formas graves.

5.1. Fatores que aumentam ou diminuem o risco de infecção

5.1.1. Fatores relacionados ao vírus

- **Variante:** Como mencionado na seção "Novas Variantes", o somatório de diferentes mutações pode resultar em maiores transmissibilidade e virulência. A variante P1 está associada a uma maior transmissibilidade.

5.1.2. Fatores relacionados ao contactante

- **Idade:** Crianças abaixo de 10 anos têm risco em torno de 50% menor do que adultos de adquirir a infecção (7), enquanto que em idosos acima de 70 anos o risco é 65% maior em comparação àqueles abaixo de 70 anos. (18)
- **Imunidade:** Pessoas que já adquiriram a infecção por covid-19 parecem estar protegidas contra novas infecções, por duração ainda não estabelecida, por ação de anticorpos e da imunidade celular por linfócitos T. Casos de reinfeção vêm sendo descritos esporadicamente, porém em parte deles não é possível confirmar se realmente foram reinfeção. (19) Deve-se destacar que novas variantes do SARS-CoV-2 podem reduzir a capacidade neutralizante de anticorpos de infecções prévias. (4) A vacinação também reduz a chance de infecção, como descrito adiante.
- **Sexo:** Homens têm um risco 8% maior do que mulheres de adquirir a infecção. (18)

5.1.3. Fatores relacionados ao indivíduo infectado

- **Carga viral:** Um importante determinante da transmissibilidade é a carga viral do indivíduo infectado, que varia entre diferentes pessoas, mas também varia conforme o momento na evolução da infecção. Como ilustrado na Figura 2, o período de maior transmissibilidade dura, em média, um dia e frequentemente ocorre na fase pré-sintomática. É justamente por esse motivo que o rastreamento e o isolamento dos contactantes é tão importante.
- **Realização de atividades que geram aerossol:** Falar em voz alta ou por tempo prolongado, cantar, espirrar, tossir.

5.1.4. Fatores relacionados ao contexto em que ocorre a transmissão

Os fatores relacionados ao contexto podem ser lembrados por meio do mnemônico ABC:

- **Aglomerações:** Quando muitas pessoas ocupam um mesmo espaço, aumenta o número de pessoas expostas e, em períodos de maior circulação do vírus, aumenta também o número de pessoas potencialmente infectadas no ambiente e que podem estar transmitindo o vírus.
- **Barreiras à ventilação:** Espaços fechados não permitem que o aerossol saia do ambiente, aumentando o risco de transmissão. Isso pode ser resolvido com uma adequada ventilação, idealmente com duas janelas abertas, ou porta e janela, permitindo fluxo de ar.
- **Contato próximo:** Como destacado anteriormente, a principal forma de transmissão é por meio de gotículas, em contato próximo. Em estudo realizado na China, o contato próximo frequente com um caso no ambiente domiciliar aumentou em 18 vezes o risco de transmissão. (20)

Os ambientes com maior probabilidade de transmissão do SARS-CoV-2 são o domicílio (em que é pouco provável a adesão a medidas de prevenção da infecção) e os encontros sociais com familiares e amigos. (21)

Vêm ganhando destaque os assim chamados "eventos superespalhadores", em que uma única pessoa ou um grupo pequeno de pessoas transmite o vírus a um número grande de indivíduos. Esses eventos geralmente somam diversos dos fatores mencionados acima, como indivíduos infectados com elevada carga viral, grandes aglomerações, ambientes fechados, pessoas em contato próximo, ausência do uso de máscara. (22)

5.2. Fatores que afetam o risco de evolução para formas graves de covid-19

A idade avançada está associada a um maior risco de hospitalização e, especialmente, ao aumento da mortalidade. O Quadro 5 resume as condições associadas a uma pior evolução da covid-19. Algumas delas merecem comentários adicionais:

- **Diabetes tipo 2:** Está associado a um maior risco de hospitalização, necessidade de intervenções invasivas e mortalidade. Esse risco está associado ao controle glicêmico prévio, o que reforça a importância de assegurar um bom controle metabólico durante a pandemia. (23) Pessoas com diabetes internadas por covid-19 frequentemente desenvolvem hiperglicemias extremas, e mesmo pacientes com diabetes tipo 2 estão em risco aumentado para cetoacidose diabética. Além disso, vêm ocorrendo casos novos de diabetes detectados durante internação por covid-19. (24)

- **Gestação:** O CDC norte-americano inclui a gestação como condição associada a uma pior evolução clínica pela covid-19. Entretanto, considerando as evidências mais recentes, a gestação, isoladamente, não aumenta o risco de evolução desfavorável, porém potencializa o efeito das comorbidades. Dados a elevada incidência da infecção pela SARS-CoV-2 e o grande número de pessoas que evoluem para formas graves na população geral, a pandemia da covid-19 parece estar associada ao aumento da mortalidade materna. O período mais vulnerável na gestação parece ser o terceiro trimestre, com aumento do risco de parto pré-termo e necessidade de cesárea. (25) No município do Rio de Janeiro, a covid-19 foi responsável pelo aumento de causas obstétricas indiretas de morte materna em 2020, sendo que 60% dessas gestantes tinham comorbidades (especialmente obesidade, hipertensão e diabetes). (26)
- **Asma:** Embora outras doenças pulmonares crônicas (em especial DPOC) sejam fator de risco para a evolução para formas graves de covid-19, a asma, na maioria das vezes, não está associada a um maior risco. Entretanto, pacientes com mau controle da asma parecem ter maior mortalidade quando desenvolvem covid-19. (27)
- **Doença renal crônica:** A doença renal crônica, em especial a avançada (estágios 4 e 5 e pacientes com história de hemodiálise), aumenta de forma importante a mortalidade por covid-19, ainda mais do que o diabetes. (28)

Quadro 5. Condições associadas a uma pior evolução clínica da covid-19. (29)

EVIDÊNCIA FORTE E CONSISTENTE	EVIDÊNCIA MISTA
<ul style="list-style-type: none"> ■ Câncer ■ Doença renal crônica ■ DPOC ■ Cardiopatias (ICC, doença arterial coronariana, miocardiopatias, hipertensão pulmonar) ■ Obesidade ■ Gestação ■ Anemia falciforme ■ Tabagismo ■ Transplante de órgãos ■ Diabetes tipo 2 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asma ■ Doença cerebrovascular ■ Hipertensão ■ Uso de corticosteroides ou outros imunossupressores

6. MEDIDAS GERAIS DE PROTEÇÃO À VIDA

6.1. Proteção das pessoas acima de 60 anos e de outros grupos vulneráveis à covid-19

As pessoas não-vacinadas acima de 60 anos ou que pertencem aos grupos de risco listados no Quadro 5 devem ser orientadas sobre o seu risco aumentado para evolução desfavorável caso desenvolvam a covid-19 e sobre as medidas que podem adotar para mitigar esse risco. É fortemente recomendado que priorizem o trabalho em regime de *home office*, quando possível, e que busquem alternativas para minimizar a necessidade de frequentar locais com maior aglomeração social. Pessoas que moram no mesmo domicílio precisam, também, reforçar suas estratégias de redução do risco de contrair o novo coronavírus.

As conversas sobre esse tema precisam ser realistas e centradas na pessoa. Nessa conversa é preciso ser sensível às ideias, preocupações e expectativas dos pacientes. Por um lado, há um risco aumentado de complicações e, por outro, há os danos do isolamento prolongado, que se manifestam nas esferas física, psicológica e social. Em períodos de elevada transmissão comunitária, é importante evitar, ao máximo, o contato com outras pessoas, mas quando diminui a transmissão comunitária, essa medida pode ser flexibilizada, desde que sejam seguidas as medidas básicas de proteção à vida.

A atividade física é uma medida importante de promoção à saúde e, quando realizada ao ar livre e respeitando o distanciamento social, geralmente é segura. Quando o paciente tem dificuldade de pensar sobre como melhor implementar as medidas de proteção na sua rotina, pode ser útil listar as principais atividades que lhe colocam em risco e pensar em um plano de ação para mitigar o risco em cada uma delas. (30)

A vacinação é prioritária para esse grupo populacional, e todos os esforços devem ser feitos para remover barreiras para que ela seja realizada. Destaca-se que indivíduos vacinados, especialmente os de grupos de risco, devem continuar aderindo às medidas de proteção à vida.

6.2. Medidas de proteção à vida para a população geral

O Guia de Medidas de Proteção à Vida da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) elencou 5 medidas gerais, não farmacológicas, para toda a população (Quadro 6), que são aprofundadas a seguir.

Até o presente momento, não existe nenhuma medida profilática farmacológica com eficácia comprovada contra a covid-19. (31)

Quadro 6. Medidas de proteção à vida no contexto da pandemia de covid-19. (32)

- Usar a máscara sempre que sair de casa e lavá-la após o uso (se for de tecido). Retirar a máscara apenas quando for necessário, como durante as refeições.
- Manter, pelo menos, 2 metros de distância de outras pessoas, sempre que possível.
- Manter os ambientes arejados, com janelas e portas abertas e sistemas de ar-condicionado com manutenção e controle em dia.
- Lavar regularmente as mãos com água e sabão ou utilizar álcool 70%, especialmente após tocar em superfícies.
- Higienizar as superfícies de contato com álcool 70% ou equivalente.

Fonte: Adaptado de (33).

6.2.1. Distanciamento social e condições de ventilação do ambiente

As gotículas respiratórias, que são a principal fonte de transmissão do novo coronavírus, atingem pequenas distâncias, geralmente 1–2 metros, quando, então, caem. Entretanto, podem ser geradas também partículas menores denominadas aerossóis, especialmente em certos procedimentos médicos (ex.: intubação, nebulização), ao cantar, ao falar em voz alta ou ao

tossir ou espirrar. Os aerossóis ficam suspensos no ar por mais tempo, aumentando o risco de transmissão da covid-19, porém dispersam-se rapidamente em ambientes ventilados.

Amplas evidências epidemiológicas destacam a proximidade física com o caso índice como determinante chave do risco de transmissão, o que reforça que as gotículas respiratórias são, de fato, uma fonte de transmissão muito mais frequente do que o aerossol, especialmente em ambientes bem ventilados.

6.2.2. Uso de máscaras

As máscaras, quando bem colocadas sobre o nariz e a boca, são uma barreira simples que ajuda a evitar que gotículas respiratórias atinjam outras pessoas. Devido à grande capacidade de transmissão do novo coronavírus, especialmente no período antes ou no início dos sintomas, o uso disseminado das máscaras passou a ser uma importante estratégia no combate à pandemia.

A OMS, em cenários como o Brasil, onde há transmissão comunitária da covid-19, indica o uso de máscaras sempre que as pessoas saírem para ambientes coletivos fora de casa. Em nível federal, a Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020 (33), torna obrigatório o uso de máscaras de proteção individual para pessoas acima de 3 anos em espaços públicos e privados durante a pandemia do novo coronavírus.

Internacionalmente há divergências sobre a partir de que idade as máscaras devem ser usadas, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro orienta o uso a partir de 3 anos de idade.

Podem ser usadas máscaras de pano (preferencialmente com 3 camadas), máscaras cirúrgicas ou máscaras PFF2/N95. (34,35) As máscaras de pano têm a grande vantagem de serem acessíveis, por serem reutilizáveis e, dependendo do formato, oferecem excelente vedação. Entretanto, têm menor capacidade de filtração do que as demais, não sendo adequadas para uso por profissionais de saúde como equipamentos de proteção individual. A máscara cirúrgica tem boa capacidade de filtração, mas frequentemente não veda adequadamente as laterais do rosto, não filtra satisfatoriamente aerossóis e precisa ser trocada a cada 4 horas. Pacientes de grupos de risco e aqueles infectados pelo SARS-CoV-2 devem, de preferência, usar máscaras cirúrgicas ou PFF2/N95. Profissionais de saúde que realizam procedimentos que geram aerossol (ex.: intubação, nebulização, coleta de *swab* em vias aéreas superiores) devem usar PFF2/N95. A limitação da capacidade de vedação da máscara cirúrgica pode ser contornada cobrindo-a com uma máscara de pano.

O uso de máscaras parece estar associado a uma importante redução do risco de transmissão da covid-19. Por exemplo, em estudo de caso-controle integrado a inquérito sorológico de base populacional em Porto Alegre, o uso consistente da máscara de pano levou a uma redução de 87% do risco individual de infecção por covid-19. (36) Além do impacto individual, as evidências mostram que uma boa adesão em nível populacional é essencial para reduzir a transmissão comunitária do novo coronavírus. (37–39)

6.2.3. Lavagem e desinfecção das mãos e de superfícies contaminadas

Embora tocar em superfícies contaminadas não seja atualmente considerada uma forma frequente de transmissão do novo coronavírus, existe preocupação quanto a tocar mucosas

com a mão contaminada por fômites contendo o vírus, especialmente considerando o longo tempo em que o vírus pode permanecer intacto em superfícies e que múltiplas superfícies podem ser tocadas ao longo do dia. Evidências em relação a outras infecções virais demonstram modesta eficácia da lavagem de mãos para prevenir a infecção. (40)

As principais diretrizes internacionais ainda recomendam lavagem das mãos com água e sabão ou sua desinfecção com álcool em gel 70% com frequência como medida para prevenir a infecção pelo novo coronavírus. Recomendam, também, desinfecção frequente de superfícies potencialmente contaminadas em espaços públicos. (41)

7. EXAMES COMPLEMENTARES

7.1. Testes específicos para a covid-19

Os testes específicos para a covid-19 disponíveis nas UAP são o RT-PCR, o teste rápido de antígeno e o teste rápido de anticorpos (Quadro 7). O RT-PCR e o teste rápido de antígeno detectam infecção atual, especialmente na fase inicial, enquanto o teste rápido de anticorpos (ou teste rápido sorológico) detecta a fase tardia da infecção ou a ocorrência de infecção no passado.

Quadro 7. Testes para identificar infecção pelo covid-19 disponíveis nas unidades de atenção primária.

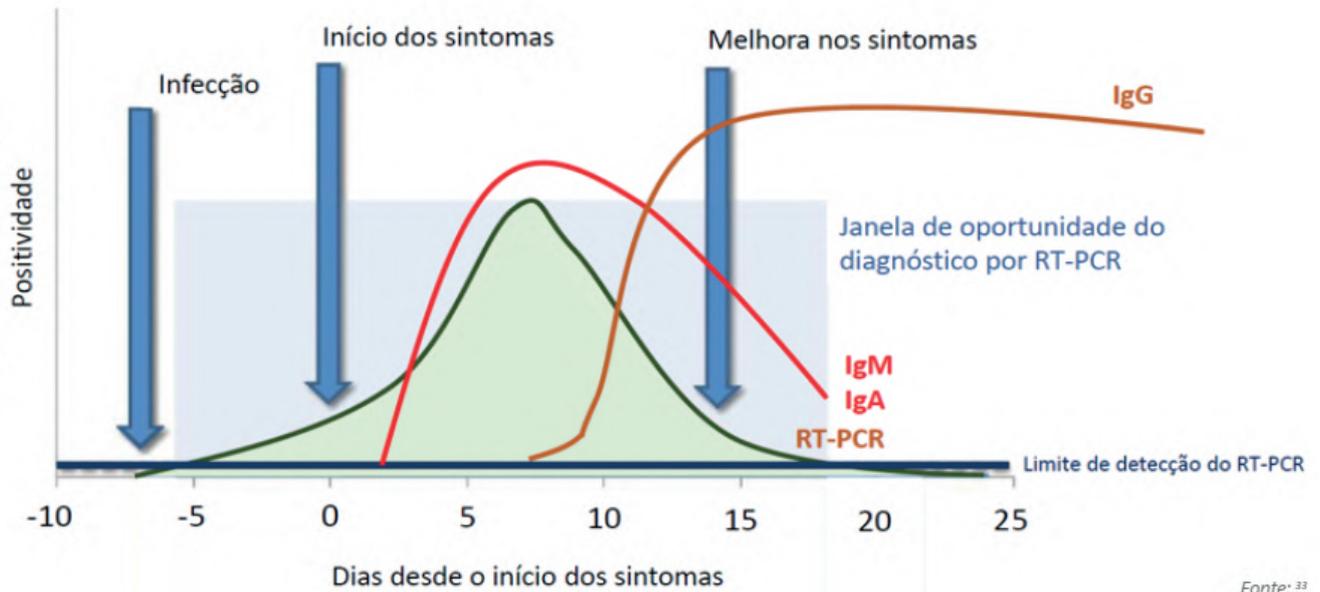
INFORMAÇÕES	RT-PCR	TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO	TESTES RÁPIDOS DE ANTICORPOS (IGM E IGG)
Fase da doença	Fase aguda ou período virêmico	Fase aguda ou período virêmico	Fase convalescente
Metodologia utilizada	Amplifica o material genético do vírus por meio da reação em cadeia da polimerase.	Identifica, por meio de imunocromatografia de fluxo lateral, antígenos produzidos pelo vírus (em geral a proteína N).	Identifica, por meio de imunocromatografia de fluxo lateral, anticorpos IgM e IgG contra o SARS-CoV-2.
Local de processamento das amostras	Laboratório central. A UNADIG/Fiocruz está processando a maioria das amostras do município do Rio de Janeiro, porém amostras de gestantes e crianças com síndrome gripal devem ser enviadas ao LACEN-RJ para a realização de painel viral ampliado.	Teste rápido, <i>point of care</i>	Teste rápido, <i>point of care</i>

INFORMAÇÕES	RT-PCR	TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO	TESTES RÁPIDOS DE ANTICORPOS (IGM E IGG)
Tempo para a liberação do resultado	UNADIG/FIOCRUZ: em média 48 horas. LACEN-RJ: em média 4 dias.	15–30 minutos, conforme o fabricante	15–20 minutos
Amostra utilizada	Nasofaringe. Outros locais de amostragem são possíveis e, se dificuldade técnica para a coleta da amostra de nasofaringe (ex.: crianças), pode ser coletado em orofaringe.	Varia conforme o fabricante. Pode incluir nasofaringe, orofaringe, nasal ou saliva.	Sangue capilar
Propriedades diagnósticas	Elevada sensibilidade em condições ideais, porém falsos negativos podem chegar a até 40%, dependendo da qualidade da amostra e da fase da doença em que é feita a coleta. Elevada especificidade. Pode permanecer positivo por algum tempo após a resolução da infecção, com partículas virais não viáveis.	Variam conforme o fabricante, porém com sensibilidade inferior ao RT-PCR e especificidade muito semelhante. Sensibilidade aumenta em casos com elevada carga viral (ex.: pré-sintomáticos ou no início da fase sintomática, até 5–7 dias). Pouco sensível em pacientes assintomáticos, não devendo ser usado nessa situação.	Variam conforme o fabricante. O teste da Guangzhou Wondfo Biotech Co. LTDA. tem sensibilidade de 86% e especificidade de 99%. O teste da Biomanguinhos com microleitor tem as seguintes propriedades: IgM – sensibilidade de 87% entre 7–14 dias e 65% após 29 dias; especificidade de 98% // IgG – sensibilidade de 95% e especificidade de 98%.
Quando priorizar	Padrão ouro, podendo diagnosticar infecção ativa sintomática ou assintomática. Maior sensibilidade até o 8º dia dos sintomas.	Pacientes ambulatoriais sintomáticos, até 7 dias de sintomas, com maior sensibilidade até o 5º dia.	Após o 8º dia do início dos sintomas.

O teste rápido de antígeno tem a grande vantagem de acelerar a confirmação dos casos suspeitos. Entretanto, devido à maior frequência de falsos negativos, sugere-se que, quando negativo em paciente com forte suspeita clínica, confirme-se o resultado com um RT-PCR.

O teste sorológico, que na rede municipal está disponível por meio de teste rápido em amostra de sangue capilar, avalia a presença de anticorpos, que sinalizam infecção tardia ou contato prévio com o vírus. Os testes sorológicos não devem ser usados para avaliar infecção ativa em fase inicial, tampouco para confirmar imunidade após uma infecção já confirmada por RT-PCR ou teste de antígeno. O seu uso está restrito à fase tardia da infecção (após o 8º dia) e às pessoas que tiveram quadro suspeito no passado, porém não fizeram o exame ou cujo exame foi negativo, apesar de sintomatologia fortemente suspeita. A Figura 4 resume os aspectos temporais relacionados aos exames sorológicos.

Figura 4. Janela para a detecção de anticorpos conforme o tempo desde o início dos sintomas. (42)



Fonte: (43).

Em indivíduos vacinados contra a covid-19, a confirmação laboratorial da infecção pelo SARS-CoV-2 deve se basear em RT-PCR ou teste rápido de antígeno, não sendo teste sorológico um método adequado, devido à geração de anticorpos pela vacinação.

7.2. Exames de imagem

Não há indicação de realização rotineira de exames de imagem em pacientes ambulatoriais com covid-19. A radiografia de tórax pode ser útil para o diagnóstico diferencial com pneumonia bacteriana, que deve ser suspeitada quando os sintomas aparecem de forma mais abrupta. Na covid-19 há uma progressão que inicia com sintomas leves até evoluir para pneumonia viral. Na suspeita de pneumonia por covid-19, a TC de tórax é mais útil, porém raramente está indicada no contexto ambulatorial, pois o critério de internação é clínico e a TC de tórax muda a conduta apenas em pacientes internados.

7.3. Exames laboratoriais

Não há indicação de realização rotineira de outros exames laboratoriais para pacientes ambulatoriais com covid-19 com o objetivo de monitorar a evolução clínica da infecção. Estão descritas alterações inespecíficas, como linfopenia, plaquetopenia, elevação de transaminases, elevação da proteína C reativa, redução da albumina, elevação do LDH, elevação de D-Dímeros e elevação da ferritina, porém esses exames laboratoriais estão indicados apenas em pacientes internados. Em algumas situações, como discutido na próxima seção, certos exames podem ser úteis para avaliar o controle de comorbidades.

8. ABORDAGEM CLÍNICA DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Duas preocupações são importantes no contexto da abordagem clínica ambulatorial da covid-19.

Primeiramente, dada a elevada capacidade de transmissão do SARS-CoV-2, é preciso tomar todas as medidas para evitar a transmissão dentro dos serviços de saúde. Isso pode ser alcançado priorizando o atendimento remoto, quando possível, bem como aderindo às medidas de biossegurança descritas na seção Organização do Serviço nas Unidades de Atenção Primária. Por meio do aplicativo RIO COVID-19 ou do telefone 1746, o paciente pode realizar a autonotificação e receber contato telefônico de sua equipe de saúde para iniciar o acompanhamento remoto, conforme descrito no Guia Rápido da Atenção Primária para Autonotificação, Testagem e Monitoramento dos Casos de covid-19. (43) Todas as pessoas que frequentam uma unidade de saúde devem estar usando máscaras, sendo que profissionais de saúde e pessoas com sintomas respiratórios devem obrigatoriamente utilizar máscara cirúrgica ou PFF2/N95.

Em segundo lugar, é fundamental estar atento às evidências atuais sobre medidas terapêuticas. Com o advento da pandemia, diversos grupos de pesquisa começaram a estudar medicamentos com potencial efeito antiviral sobre o SARS-CoV-2 ou que poderiam minimizar a resposta inflamatória associada ao vírus. Inicialmente, o foco foi no uso compassivo em pacientes graves, para os quais não havia opção terapêutica estabelecida. Com o passar do tempo, seu uso ampliou-se de forma indevida e disseminada para pacientes com quadros leves ou em fase inicial, ou mesmo para uso profilático.

Atualmente não há embasamento em evidências para nenhum tratamento específico em regime ambulatorial. (44) Já está bem demonstrada a ineficácia da hidroxicloroquina/cloroquina associada ou não a azitromicina. Há também preocupação quanto aos impactos da prescrição inapropriada de antibióticos, como a azitromicina, sobre o desenvolvimento de resistência antimicrobiana. Ensaio clínico recente também não mostrou efeito benéfico da ivermectina em relação ao tempo até a resolução dos sintomas. (45) O uso de dexametasona em pacientes internados com formas graves de covid-19 está associado à redução de mortalidade (46), porém não há indicação para o seu uso em pacientes ambulatoriais. Portanto, o conceito de tratamento precoce da covid-19 não encontra respaldo na literatura médica.

8.1. Caracterização do quadro clínico

Para o diagnóstico, manejo e vigilância, recomenda-se utilizar as definições de caso e critérios de confirmação estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Quadro 8 e Figura 5). (19)

Quadro 8. Definições de caso e critérios de confirmação para síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave. (19)

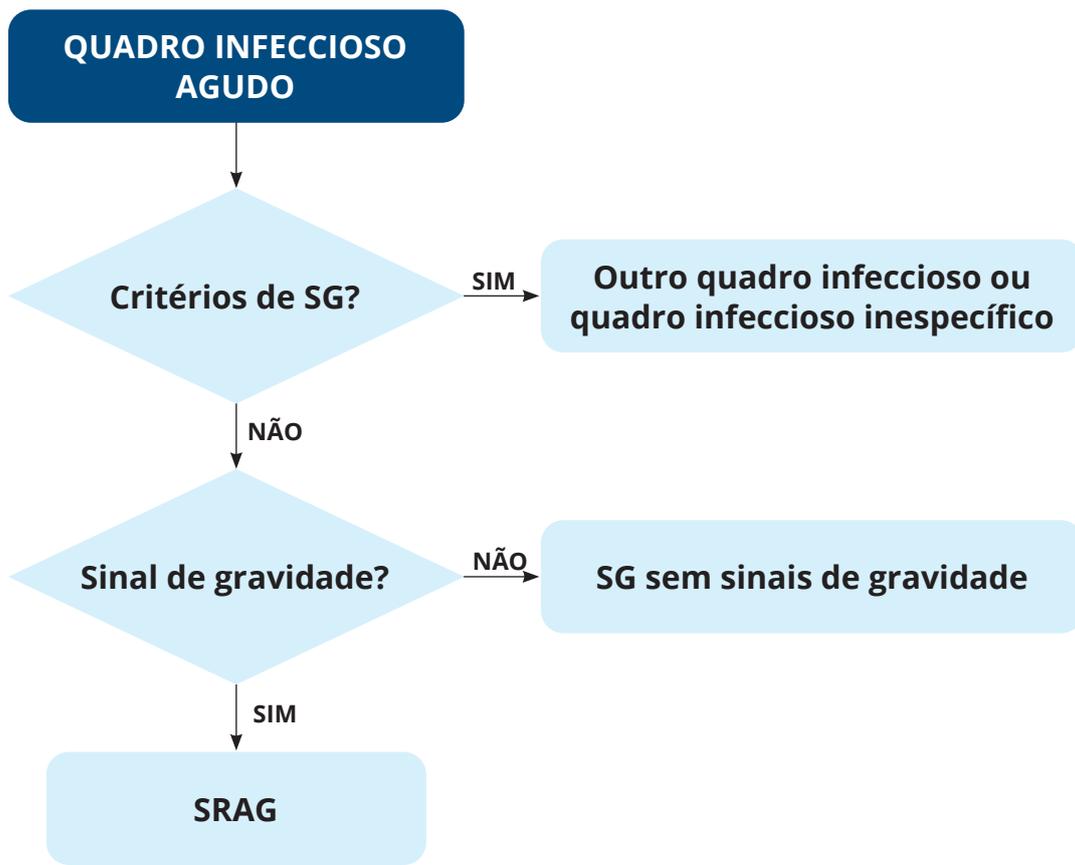
DEFINIÇÕES DE CASO	
Síndrome Gripal (SG)	<p>Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Em crianças, além dos itens anteriores, considerar obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico; ■ Em idosos, deve-se considerar, também, critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência; ■ Na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	<p>Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95%* em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência; ■ Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independentemente de hospitalização.
CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO	
Critério clínico	SG ou SRAG com confirmação clínica associada à anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa progressiva.
Critério clínico epidemiológico	SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para covid-19.
Critério clínico / imagem	SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente, pelo menos, alterações tomográficas características.
Critério laboratorial**	SG ou SRAG com teste RT-PCR detectável OU teste sorológico reagente (IgM/IgA ou IgG***) OU teste rápido de antígeno.

* O critério de saturação inferior a 95% estabelecido pelo Ministério da Saúde tem como objetivo aumentar a sensibilidade, porém pode captar casos sem outros critérios de gravidade e com boa evolução. Deve ser correlacionado com a clínica e a possibilidade de monitorar o paciente.

** Para pacientes previamente vacinados, o teste sorológico não é válido para confirmação laboratorial de infecção pelo SARS-CoV-2.

*** Considerar IgG apenas se não houver diagnóstico laboratorial anterior para a covid-19, se o indivíduo não estiver vacinado e se tiver relatado sinais ou sintomas compatíveis no mínimo 8 dias antes da realização do exame.

Figura 5. Caracterização do quadro clínico segundo as definições do Ministério da Saúde. (19)



Critérios de síndrome gripal (SG) – pelo menos 2 (dois):

- Febre (mesmo que referida)
- Calafrios
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Tosse
- Coriza
- Distúrbios olfativos
- Distúrbios gustativos

Em crianças: também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico

Sinais de gravidade:

- Dispneia/desconforto respiratório OU
- Pressão persistente no tórax OU
- Saturação de O₂ < 95% em ar ambiente OU
- Coloração azulada dos lábios ou rosto

Em crianças: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Os casos devem ser idealmente confirmados por meio de teste rápido de antígeno e/ou RT-PCR. Na impossibilidade dessa confirmação, o Quadro 8 apresenta outros critérios de confirmação reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Após a caracterização do quadro clínico, é importante realizar a notificação. Para casos de SG, a notificação é feita no eSUS-Notifica, no site <https://notifica.saude.gov.br/login>. Nos

casos de SRAG, é feito preenchimento manual da notificação e entregue à gerência da unidade, que irá encaminhar à DVS da CAP. Os casos de SRAG devem ser notificados na APS, mesmo eles tendo sido encaminhados para a unidade de urgência/emergência por meio do vaga zero. Veja nos anexos os fluxogramas de notificação disponíveis.

8.1.1. Diagnóstico diferencial

Mesmo quando o paciente preenche critério para notificação de síndrome gripal e é monitorado como caso suspeito de covid-19, é preciso estar atento para o diagnóstico diferencial com outras doenças, predominantemente infecciosas. Resfriado comum e Influenza são mais difíceis de diferenciar clinicamente, devendo ser considerados quando o teste para a covid-19 tem resultado negativo. A amigdalite bacteriana é caracterizada por febre, dor de garganta, linfadenopatia cervical e exsudato purulento em orofaringe, podendo ser avaliada com o Escore de Centor. A pneumonia bacteriana geralmente se manifesta com acometimento pulmonar desde o início, enquanto na covid-19 normalmente o acometimento pulmonar ocorre entre o final da primeira semana e o início da segunda semana.

Outra consideração importante é o diagnóstico diferencial com dengue, especialmente na ocorrência de febre e dor no corpo, sem sintomas respiratórios. A coocorrência de surto de dengue com a pandemia da covid-19 pode levar a erros diagnósticos e também à possibilidade de coinfeção, conseqüentemente com manifestações mais graves. Além disso, na possibilidade de dengue, é importante estar atento aos protocolos específicos para seu manejo e monitoramento, incluindo a indicação de hidratação e hemograma seriado.

8.1.2. Estratificação de risco: identificação de casos graves ou com risco aumentado para evolução desfavorável

Uma avaliação cuidadosa e em tempo oportuno é de fundamental importância para identificar e realizar o manejo inicial dos casos graves ou com grande potencial de evolução desfavorável. Os critérios da definição de caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) estabelecidos pelo Ministério da Saúde podem orientar a avaliação inicial, mas devem ser olhados no seu conjunto, contextualizados com o quadro clínico do paciente e com suas comorbidades. Em especial, a saturação de O₂ e a dispneia, que fazem parte da definição de SRAG, devem ser avaliadas cuidadosamente, como descrito a seguir:

- **Saturação < 95%:** Ao se deparar com uma saturação inferior a 95%, sem outros sinais de gravidade, é importante avaliar se o oxímetro está bem posicionado e se o valor baixo poderia ser explicado por outros fatores, como uso de esmalte, unha postiça, extremidades frias ou mesmo variabilidade relacionada ao aparelho. De uma forma geral, considera-se caso claramente grave quando a saturação está igual ou inferior a 90%. Em pacientes com saturação entre 91 e 94%, deve-se correlacionar com os demais sintomas, com o risco de evolução desfavorável e com a possibilidade de monitorar o paciente. Redução progressiva da saturação, mesmo em níveis normais, é sinal de alarme. Pacientes com hipoxemia crônica (ex.: pacientes com diagnóstico de DPOC ou ICC) podem tolerar saturações mais baixas, sendo, nesse caso, considerado sinal de alarme uma redução de 3% em relação à saturação usual do paciente. Por outro lado, em gestantes e crianças, é importante almejar uma saturação mais alta (em torno de 95% ou mais).
- **Dispneia:** é o achado clínico que está mais fortemente associado à evolução para formas graves de covid-19 (47), sendo decorrente de um maior acometimento pulmonar, o que

geralmente ocorre entre o final da primeira semana e o início da segunda semana. Nesse caso, a dispneia normalmente ocorre aos pequenos esforços ou em repouso, ou piora progressivamente, é limitante e frequentemente está associada a sinais de esforço respiratório. Deve ser diferenciada da dispneia decorrente de ansiedade, que não é limitante e frequentemente está presente desde o início do quadro.

Levando em consideração esses aspectos, e para fins de operacionalizar a abordagem na APS, a Superintendência de Atenção Primária da SMS-Rio propôs a separação dos sinais de alarme em absolutos e relativos. Primeiramente devem ser identificados os sinais de alarme absolutos (Quadro 9), que requerem atenção imediata e solicitação de vaga zero.

Quadro 9. Sinais de alarme absolutos na avaliação de quadros suspeitos de covid-19.

- Dispneia limitante, progressiva, aos pequenos esforços, ou em repouso
- Saturação < 90% (em pacientes com hipoxemia crônica, 3% abaixo do valor usual)
- Dor torácica de padrão anginoso
- Confusão mental de início agudo
- Hipotensão (PAS < 90mmHg em pacientes com PAS previamente maior)
- FR > 25mpm em adolescentes e adultos (em crianças: < 2 meses, > 60mpm; 2 a 11 meses, > 50mpm; 1 a 5 anos > 40mpm, mais de 5 anos, > 30mpm)

Após, deve-se avaliar cuidadosamente os sinais de alarme relativos e o histórico do paciente, para identificar fatores associados a risco de pior evolução. Conforme avaliação individualizada, esse maior risco pode ser manejado com encaminhamento por vaga zero para unidade de emergência ou pelo monitoramento domiciliar mais intensivo. O Quadro 10 apresenta os sinais de alarme relativos e as condições potencialmente associadas a risco de evolução desfavorável.

Quadro 10. Sinais de alarme relativos e fatores associados a risco de evolução desfavorável, com conduta associada.

FATOR	CONDUTA ASSOCIADA
FATORES DE RISCO RELATIVOS	
Saturação entre 91 e 94%	Considerar vaga zero em gestantes, crianças e pacientes com maior dificuldade de monitorar; nos demais, em geral, se dá preferência por monitorar intensivamente.
Dispneia não-limitante	Se a dispneia for progressiva, porém ainda não limitante, e houver capacidade de monitorar o paciente no domicílio, pode ser liberado para casa, com monitoramento intensivo e orientado sobre sinais de agravamento. Caso contrário, solicitar vaga zero.

FATOR	CONDUTA ASSOCIADA
FATORES ASSOCIADOS A RISCO DE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL	
Diabetes	Fazer glicemia capilar e considerar vaga zero se > 300mg/dL. Se optar por não encaminhar para vaga zero, sempre indicar monitoramento intensivo. Se diabetes tipo 1, avaliar sinais clínicos de cetoacidose (desidratação, vômitos, dor abdominal, hiperventilação).
Doença renal crônica	Se estágios 4 ou 5, atentar para risco de lesão renal aguda (ex.: após desidratação ou uso de medicamentos) e considerar avaliar função renal (por meio de coleta com urgência na unidade). Se sinais de insuficiência renal aguda (oligúria, edema, fadiga, náusea/vômitos/diarreia), solicitar vaga zero.
Piora de padrão de angina e descompensação de insuficiência cardíaca ou de DPOC	A covid-19 pode gerar agravamento dessas condições crônicas, devendo ser considerado encaminhamento para vaga zero por esses motivos, mesmo na ausência de critérios de SRAG.
Outras comorbidades ou fatores associados à evolução desfavorável	Idade acima de 60 anos, gestação, obesidade, doença cardiovascular compensada, pneumopatia crônica compensada, câncer em tratamento, hipertensão não controlada devem indicar monitoramento intensivo.

8.2. Abordagem terapêutica

8.2.1. Manejo inicial dos casos graves enquanto se aguarda transferência

Pacientes identificados como de maior gravidade devem ser encaminhados para atenção em serviço de urgência/emergência, por meio de vaga zero. É importante atentar para diagnóstico diferencial com outras causas de sinais de alarme, que requerem atenção diferenciada, como pneumonia bacteriana, broncoespasmo, tromboembolia pulmonar, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio.

Enquanto se aguarda a ambulância para a transferência, pode ser necessário já iniciar medidas de suporte, em especial para hipoxemia e hipotensão. Ofertar oxigênio em pacientes com $SaO_2 < 90\%$ ou entre 91–94% com sinais/sintomas de desconforto respiratório. Para crianças e gestantes, ou outras situações conforme julgamento clínico, deve-se almejar alvo em torno de 95% ou mais. Para pacientes com hipoxemia crônica (ex.: DPOC), o alvo é 3% a menos do que a saturação usual. Iniciar com cânula nasal, com fluxo de 2–3L/min, até atingir o alvo, cobrindo a cânula com máscara cirúrgica. Se necessário, aumentar até 6L/min. É importante atentar para não umidificar, com o objetivo de não gerar aerossol e também não molhar a máscara. Se houver dificuldade de atingir o alvo com a cânula nasal, considerar o uso de máscara com reservatório, se disponível, e elevar o fluxo de O_2 até alcançar o alvo.

Não há indicação de intubação orotraqueal na atenção primária enquanto se aguarda vaga zero.

Se a pressão arterial sistólica for inferior a 90mmHg, administrar cloreto de sódio 0,9% 500mL EV em 30 minutos, podendo repetir até alcançar o alvo de PAS de 90mmHg ou até chegar a 3L. Deve-se atentar para sinais de hiper hidratação, como piora da falta de ar ou novas crepitações pulmonares.

8.2.2. Alívio dos sintomas de pacientes que permanecerão em isolamento domiciliar

Para alívio da febre ou dor, geralmente se dá preferência para analgésicos comuns (paracetamol ou dipirona), embora não haja evidências de que AINEs estejam associados a maior risco (44). É importante também assegurar nutrição adequada, bem como hidratação.

8.3. Orientações para o isolamento domiciliar

8.3.1. Duração do isolamento

O Quadro 11 orienta o tempo de afastamento conforme o quadro clínico e o resultado do teste de antígeno ou RT-PCR. O tempo de afastamento é, geralmente, de 10 dias a partir do início dos sintomas e desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos anti-térmicos há, pelo menos, 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. Quando o paciente preenche critérios de definição de caso de síndrome gripal, o afastamento deve ocorrer independentemente do resultado do teste. Se o paciente teve SRAG ou é gravemente imunossuprimido, o tempo mínimo de afastamento é de 20 dias. Se o paciente apresentar sintomas respiratórios agudos que não preenchem critério para síndrome gripal, sugere-se afastamento das atividades por 3 dias e então liberar o retorno, caso o teste seja negativo. Se o paciente realizou o teste por ser contactante, foi afastado como tal por 14 dias e acabou fazendo o teste RT-PCR com resultado positivo, o tempo de afastamento muda para 10 dias a partir da data de coleta do teste.

Quadro 11. Tempo sugerido* de isolamento conforme o quadro clínico e o resultado do teste.

	SINTOMAS			
	Assintomático	Sem critério de SG	Síndrome gripal	SRAG**
Teste Positivo	10 dias	10 dias	10 dias	20 dias
Teste Negativo	Ver seção 9: rastreio de contactantes	3 dias	10 dias	20 dias

* O término do isolamento deve ocorrer quando o(a) paciente estiver há, pelo menos, 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos e com melhora dos sintomas respiratórios.

** Ou gravemente imunossuprimido.

8.3.2. Como realizar o isolamento domiciliar

O isolamento domiciliar significa ficar em casa, isolado em um quarto individual, inclusive para dormir. O quarto deve ser bem ventilado, idealmente mantendo a janela aberta e a porta fechada. Quando estiver sozinho no quarto, o paciente pode ficar sem máscara, porém, na eventualidade de precisar sair do quarto, deve fazê-lo sempre com máscara. De preferência, deve

ter banheiro para seu uso exclusivo. Isso geralmente requer adaptações na rotina da casa, com rearranjo de quartos e banheiros, e necessidade de colaboração dos demais moradores, mas é de extrema importância para minimizar a transmissão do vírus. É fundamental assegurar o mínimo contato com outras pessoas, em especial com idosos e indivíduos em grupos de risco.

Quando não for possível garantir quarto para uso exclusivo da pessoa com covid-19, deve-se avaliar a possibilidade de o paciente ficar em outro domicílio que permita esse quarto exclusivo ou de deslocar as pessoas de grupo de risco para outro domicílio. Quando a pessoa com covid-19 precisar compartilhar os ambientes com outras pessoas, é de suma importância implementar estratégias para otimizar as medidas de proteção à vida, como manter as janelas abertas, assegurar o máximo de distanciamento possível, usar máscara (de preferência cirúrgica ou PFF2) e desinfetar superfícies potencialmente contaminadas. Talheres, pratos, roupa de cama, toalhas e utensílios de higiene devem ser separados, não se misturando com os das demais pessoas da casa. Após o término do isolamento domiciliar, é importante manter a adoção das medidas de proteção à vida.

8.4. Monitoramento da evolução clínica

Como já descrito na seção de História Natural e Quadro Clínico, embora a maioria das pessoas com infecção pelo novo coronavírus tenha evolução favorável, algumas evoluem para quadros graves, e esse risco é distinto em diferentes grupos populacionais. Além disso, essa evolução para quadros graves geralmente não ocorre logo no início, quando as pessoas frequentemente buscam atendimento pela primeira vez. Por esses motivos, é fundamental estabelecer um plano de monitoramento para os pacientes que leve em consideração sua vulnerabilidade clínica.

8.4.1. Orientações aos pacientes ao final do primeiro atendimento

O paciente deve ser orientado sobre a evolução geralmente favorável da doença, porém que deve procurar atendimento médico de urgência na presença das seguintes manifestações:

- Dispneia limitante;
- Dor ou desconforto torácico;
- Hipotensão;
- Saturação < 95% (se oxímetro disponível);
- Confusão mental.

Destaca-se que a saturação a ser orientada para o paciente como sinal de alarme (< 95%) é superior àquela estabelecida como sinal de alarme absoluto na avaliação clínica (< 90%), pois ela precisa ser correlacionada com achados que dependem de avaliação por profissional de saúde, de preferência presencial.

8.4.2. Intensidade do acompanhamento

Para a maior parte dos pacientes, a orientação sobre sinais de alarme é suficiente, podendo ser complementada com contatos pontuais por profissional de saúde ao longo da evolução da infecção. Entretanto, alguns pacientes se beneficiam de um monitoramento mais intensivo por telefone, com especial atenção para algumas variáveis que podem ser avaliadas em um diário de automonitoramento, como mostrado na Figura 6.

Figura 6. Diário de automonitoramento de pacientes com covid-19 com indicação de acompanhamento mais intensivo.



DIÁRIO DE AUTOMONITORAMENTO DOMICILIAR

Realizar durante todo o período de isolamento e enquanto estiver com sintomas, principalmente após o 5º ao 7º dia de sintomas.

Tenha esse diário em mãos quando for conversar com o profissional de saúde.

Dia*	Hora	Temp.	SaO ₂ **	Outros*** (ex.: glicose)	PA	Como se sente: melhor, igual ou pior	Respiração: melhor, igual ou pior
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Atualizado em maio de 2021 • Arte: Ascom/SMS-Rio

* Desde o início dos sintomas.

** Se disponível e indicado. Se não disponível no domicílio, considerar fazer na unidade de saúde.

*** Especialmente em pacientes com formas graves de covid-19, há tendência a hiperglicemias extremas, que geralmente ocorrem durante a internação. Caso o paciente não venha apresentando bom controle glicêmico e optou-se por monitoramento intensivo, pode-se considerar monitorar a glicemia, seja no domicílio ou na unidade de saúde. Se não disponível no domicílio, considerar monitorar na unidade a partir de 5 dias do início dos sintomas, a cada 24-48 horas.

Adaptado de: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Gerência de Integração Assistencial, Departamento de Gestão da Clínica. PACK COVID-19: Guia para profissional de saúde da Atenção Primária – versão Florianópolis. 10a versão (03/2021). Florianópolis, SC: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; 2020. Disponível em: <<https://knowledgetranslation.co.za/download/9225>>.

8.4.3. Detecção precoce de hipoxemia silenciosa

Uma estratégia que vem ganhando maior adesão recentemente é monitorar a saturação pela oximetria de pulso em nível ambulatorial ou, de preferência, domiciliar, com o objetivo de detectar precocemente a hipoxemia silenciosa e instituir tratamento oportuno antes do agravamento do caso. Não há consenso ainda sobre como melhor operacionalizar essa estratégia, nem tampouco dados sobre a efetividade ou custo-efetividade em relação à prevenção de desfechos adversos. De qualquer forma, é uma estratégia defendida pela Sociedade Brasileira de Infectologia (48) e pela Organização Mundial de Saúde (44). Sugere-se priorizar esse monitoramento para pacientes sintomáticos pertencentes a grupos de risco (idade superior a 64 anos ou com comorbidade associada a pior prognóstico). (15) Caso o paciente não tenha acesso ao oxímetro, pode-se solicitar avaliação domiciliar por agente comunitário de saúde ou outro profissional de saúde adequadamente treinado, ou orientar retorno presencial em 24–48 horas para avaliação da saturação. Caso o paciente tenha acesso, a frequência ideal para o monitoramento é de 2–3x/dia. (15) A estimativa da oximetria feita por *smartphones* não tem validade clínica e não deve ser usada para tomada de decisão. Caso a saturação esteja entre 91 e 95%, o paciente deve procurar atendimento na UAP. Caso esteja igual ou abaixo de 90%, deve procurar atendimento de preferência em unidade de urgência/emergência.

8.4.4. Particularidades das comorbidades

Algumas comorbidades têm particularidades que devem também ser consideradas no plano de monitoramento:

- **Diabetes:** Frequentemente ocorre diminuição da ingestão alimentar na covid-19, o que pode ocasionar hipoglicemia em pacientes usuários de insulina ou de secretagogos (ex.: sulfonilureias). Se a avaliação clínica do paciente sugerir risco de hipoglicemia, sugere-se monitorar a glicemia capilar 1–2x/dia ou considerar suspender temporariamente os secretagogos. Uma preocupação em relação ao diabetes é que, especialmente em pacientes com formas graves de covid-19, há tendência a hiperglicemias extremas, que geralmente ocorrem durante a internação. Caso o paciente não venha apresentando bom controle glicêmico e optou-se por monitoramento intensivo, pode-se considerar monitorar a glicemia, seja no domicílio ou na unidade de saúde.
- **Doença renal crônica:** Deve-se estar atento para a possibilidade de lesão renal aguda, que é mais frequente em pacientes com DRC avançada e pode ser potencializada pela covid-19, pela desidratação ou pelo uso de medicamentos. Deve-se ter limiar baixo para solicitar avaliação da função renal, pela dosagem da creatinina, que pode ser solicitada de urgência pelo fluxo de coleta laboratorial da unidade. Se sinais clínicos de insuficiência renal aguda (oligúria, edema, fadiga, confusão mental, náusea/vômitos/diarreia), encaminhar por vaga zero.

Outras doenças crônicas devem, também, ser monitoradas quanto à sua possibilidade de agravamento durante a infecção pelo novo coronavírus, como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença arterial coronariana.

8.4.5. Plano de acompanhamento

O acompanhamento da evolução clínica deve, preferencialmente, ser realizado de forma não-presencial, por meio de monitoramento telefônico. A SMS-Rio desenvolveu um modelo

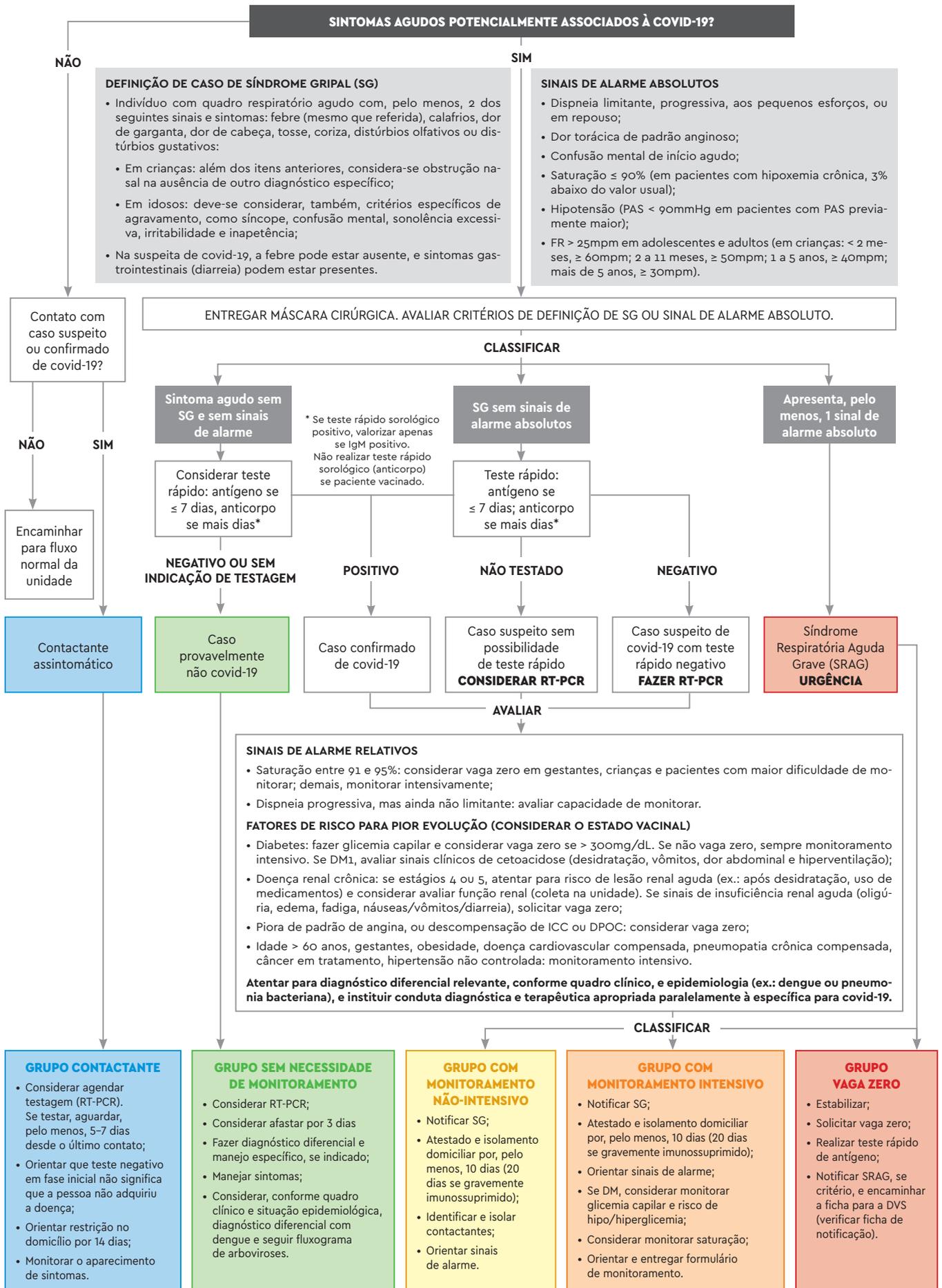
de acompanhamento remoto por telefone para os pacientes que fizeram autnotificação ou que buscaram atendimento presencial, e a intensidade do acompanhamento é determinada conforme os grupos de risco elencados no Quadro 12. Esse modelo é descrito em maiores detalhes no Guia Rápido da Atenção Primária para Autnotificação, Testagem e Monitoramento dos Casos de covid-19. (43)

Quadro 12. Monitoramento telefônico segundo Estratificação de Risco.

Grupos de risco para monitoramento	Grupo de Risco	Testagem	SEGUIMENTO DIGITAL		
			ENFERMEIRO	OUTRO PROFISSIONAL	MÉDICO
Gestação de risco Diabetes Pneumopatia Imunossupressão e DRC DCV (ICC, pós-IAM ou revasc, arritmia) Câncer em tratamento	I	Todos até 7 dias de sintomas	A cada 2 dias	—	<ul style="list-style-type: none"> • Acionado se sintomas agudos graves • Se necessidade de atestado ou receita
Idoso (≥ 60 anos) Obeso (IMC ≥ 40) Gestação de baixo risco	II	Todos até 7 dias de sintomas	A cada 5 dias	—	<ul style="list-style-type: none"> • Acionado se sintomas agudos graves • Se necessidade de atestado ou receita
Hipertenso Obeso (IMC ≥ 30)	III	Todos até 7 dias de sintomas	Acionado se necessário	A cada 7 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Acionado se sintomas agudos graves • Se necessidade de atestado ou receita
População em geral	IV	Todos até 7 dias de sintomas	Acionado se necessário	1ª ligação	<ul style="list-style-type: none"> • Acionado se sintomas agudos graves • Se necessidade de atestado ou receita

8.5. Fluxograma do atendimento de covid-19 na atenção primária

Figura 7. Modelo para atendimento da covid-19 na APS



8.6. Orientações para registro no prontuário eletrônico

É importante haver padronização do registro no prontuário eletrônico. Na aba subjetivo no eSUS-AB, podem ser usados os seguintes códigos da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) para classificação do motivo da consulta:

- R02 dificuldade respiratória/dispneia;
- A03 febre;
- R80 gripe;
- R21 sinais/sintomas da garganta;
- R05 tosse.

Na aba de avaliação, se for usada a CIAP-2, o código mais apropriado é o R74, que indica "infecção aguda de aparelho respiratório superior". Na avaliação, mesmo se utilizado o código CIAP-2, é importante colocar o CID.

A seguir estão alguns códigos da CID-10 que podem ser utilizados, conforme o diagnóstico:

- J11 – síndrome gripal inespecífica;
- B34.2 – infecção por coronavírus de localização não-especificada;
- J30 – rinite alérgica e vasomotora;
- J03 – amigdalite aguda;
- J15.9 – pneumonia bacteriana não-especificada;
- U07.1 – covid-19, vírus identificado (é atribuído a um diagnóstico de covid-19 confirmado por testes de laboratório);
- U07.2 – covid-19, vírus não identificado, clínico epidemiológico (é atribuído a um diagnóstico clínico ou epidemiológico de covid-19, em que a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível).

Para manter a conformidade com a ficha de investigação de casos de síndrome gripal do Ministério da Saúde, **a SMS-Rio orienta que todo caso suspeito de covid-19 seja codificado no eSUS-AB com B34.2**. Entretanto, os códigos U07.1 e U07.2, definidos pela OMS, são os marcadores oficiais da pandemia no Brasil e devem ser obrigatoriamente registrados na declaração de óbito, ao lado do código B34.2 (ex.: B34.2 U07.1).

Também é importante o registro dos exames realizados no campo OBJETIVO. Atualmente o PEC possibilita o registro de RT-PCR e Teste Rápido, sem especificar se é antígeno ou anticorpo. Todo caso suspeito de covid-19 deve ser notificado no e-SUS Notifica. Durante a inserção deve-se informar se o paciente foi submetido a teste, bem como deve ser informado seu resultado. Pacientes com teste positivo serão classificados como casos de covid-19 com confirmação por exame.

O Quadro 13 apresenta um resumo do registro no PEC para atendimentos relacionados à covid-19.

Quadro 13. Registro no prontuário eletrônico de atendimentos relacionados à covid-19.

SUBJETIVO	Sinais e sintomas com tempo de início e evolução. Se momento de piora, registrar quando houve a piora. Questionar sobre sinais de alarme.		
	Classificação do motivo da consulta.		
OBJETIVO	Exame físico, se relevante	Sinais vitais	Resultado de exames
AValiação	CIAP-2: ex.: R74	CID-10: B34.2	
PLANO	Orientações de isolamento	Prescrição de sintomáticos	Plano de cuidado para domicílio, incluindo diário de automonitoramento, se indicado
	Atestados (indivíduo e contactantes domiciliares no mesmo atestado)	Orientações sobre sinais de alarme	Canais de contato (ex.: telefone com Whatsapp da equipe)

9. RASTREIO DE CONTACTANTES

Além da identificação oportuna dos casos e de seu isolamento, o rastreamento dos contactantes é de suma importância para interromper a cadeia de transmissão do novo coronavírus.

O Ministério da Saúde considera como contactante qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 2 dias antes e 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado.

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou a utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme preconizado, ou com EPI danificados;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

O contactante deve ser afastado por 14 dias a partir da data do seu último contato com o caso índice, sendo que, durante esse período, deve ser monitorado o aparecimento de sintomas. No caso dos contactantes, orienta-se a restrição ao domicílio, que é uma medida menos rigorosa do que o isolamento domiciliar preconizado para casos suspeitos ou confirmados de covid-19. Na restrição ao domicílio, o paciente não precisa ficar isolado em um quarto, sem contato com os demais moradores. O afastamento do contactante pode ser concedido

por meio de atestado médico fornecido ao caso índice, que deve conter a listagem de todos os contactantes, conforme estabelecido na Portaria MS nº 454, de 20 de março de 2020. Pode também ser feito atestado médico individual.

Não está sendo orientada busca ativa dos contactantes para testagem. Essa orientação tem como objetivo evitar que pacientes potencialmente sem a infecção sejam expostos a locais em que podem se infectar, além de permitir que os profissionais das UAP direcionem seus esforços para o atendimento de pacientes sintomáticos e para a vacinação. Entretanto, os contactantes que buscam a unidade solicitando testagem podem ser testados, e as equipes de saúde podem optar pela busca ativa em situações específicas (ex.: surtos em instituições de longa permanência de idosos [ILPI]). Nesse caso, o teste de escolha é o RT-PCR, que deve ser coletado após, pelo menos, 5 a 7 dias do contato com o caso sintomático. O teste rápido de antígeno não deve ser feito em contactantes assintomáticos, devido à sua baixa sensibilidade nessa situação.

10. SURTOS DE COVID-19

A atuação territorial das equipes de atenção primária permite um olhar atento para a ocorrência de surtos, o que possibilita ações mais imediatas em nível intersetorial para interrompê-lo. Um surto de Síndrome Gripal é caracterizado pela ocorrência em um mesmo ambiente fechado ou semifechado de, ao menos, 3 (três) casos de indivíduos com quadro respiratório agudo que preencham os critérios de SG elencados no Quadro 8 e na Figura 5. É necessário estabelecer o vínculo epidemiológico entre esses casos, usando para isso a data de início de sintomas, o período de transmissibilidade e a forma de contato entre os casos. Alguns exemplos de ambientes fechados e semifechados são prioritariamente: asilos e clínicas de repouso, creches e escolas (uma turma, por exemplo), unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, enfim, instituições que tenham pessoas que convivem por longo tempo e que precisam de ação de prevenção e controle para as outras pessoas do grupo. Em casos aglomerados em domicílio, geralmente ação de monitoramento e cuidados pela UAP poderão interromper a cadeia de transmissão. Já nas outras instituições, a comunicação com a DVS é de importância para ação conjunta e oportuna.

As equipes de atenção primária, quando detectarem ocorrência de surto, devem comunicar a gerência da unidade para informar a DVS. Isso deve ser feito paralelamente aos passos de notificação individual já descritos anteriormente. As equipes podem ser chamadas a apoiar na investigação e implementação de medidas para conter o surto, sob orientação do CIEVS. As equipes de saúde do território em conjunto com a rede de vigilância em saúde local deverão promover, conhecer e manter comunicação ativa com os gestores das escolas, ILPI, unidade prisional e outros equipamentos sujeitos a surto de seu território, para auxiliar nas questões referentes à covid-19 e ser reconhecida como ponto de referência local para contato rápido, a fim de reconhecer previamente qualquer rumor ou surto de casos nesses ambientes e promover ações oportunas de prevenção e controle.

11. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A resposta governamental à pandemia da covid-19 é um tema complexo, com muitas variáveis envolvidas. Deve considerar os indicadores epidemiológicos relacionados diretamente à covid-19, simultaneamente aos impactos indiretos das medidas de combate à pandemia. Os indicadores epidemiológicos incluem a incidência da infecção, a pressão assistencial, a taxa de hospitalização, a mortalidade e a taxa de ocupação de leitos. Os impactos indiretos são amplos, envolvendo os âmbitos psicológicos, sociais, educacionais e econômicos. É importante estar atento às iniquidades envolvidas em todos esses impactos e seus efeitos de longo prazo.

Já está bem demonstrado que esperar alcançar a imunidade de rebanho para a covid-19 por meio da infecção de um grande número de pessoas na população não é uma alternativa factível. (49) A solução passa por implementar medidas não-farmacológicas de redução da transmissão, de intensidade variável, conforme os indicadores epidemiológicos. Isso se soma a medidas mais restritivas para os grupos de risco descritos anteriormente, além de vacinação em massa e programas bem estruturados de identificação precoce dos novos casos e rastreio e isolamento de contactantes. (50)

O município do Rio de Janeiro implementou, em janeiro de 2021, um plano de contingência municipal que considera a grande heterogeneidade de transmissão nas diferentes regiões administrativas da cidade. Semanalmente, cada região administrativa (RA) é classificada, com base nos indicadores epidemiológicos, em:

I – nível de alerta 1: estágio considerado de risco moderado;

II – nível de alerta 2: estágio considerado de risco alto;

III – nível de alerta 3: estágio considerado de risco muito alto.

Para cada nível de alerta, são estabelecidas regras diferentes, que determinam a forma de funcionamento dos diferentes setores sociais e econômicos da cidade. Para maior aprofundamento desse plano de contingência, ver o Guia de Medidas de Proteção à Vida. (32)

12. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

12.1. Para minimizar o risco de transmissão da covid-19 na unidade de saúde

É fundamental estabelecer fluxos assistenciais para minimizar o papel da unidade de saúde como local de transmissão do SARS-CoV-2. Primeiramente, deve-se direcionar a maior parte dos atendimentos de quadros gripais para o formato não-presencial. A SMS-Rio desenvolveu um aplicativo de autonotificação que permite iniciar acompanhamento remoto, com esse objetivo.

Os pacientes que se deslocam às UAP para atendimento presencial por sintomas gripais devem ser direcionados para ambientes exclusivos para o atendimento dessas pessoas, bem

ventilados, espaçosos, sem aglomerações, preferencialmente em áreas ao ar livre (ou, pelo menos, a área de espera deve ter essas características). Esses ambientes devem ser pensados para que minimizem qualquer contato com os demais pacientes que procuram atendimento na clínica. Estratégias que podem auxiliar nesse objetivo incluem adequada sinalização, bem como a presença na entrada da UAP de profissionais desempenhando o papel do "Posso Ajudar" orientando para que pacientes sintomáticos se direcionem ao local apropriado. Assim que o paciente chega nesse espaço, deve receber máscara cirúrgica (se já não estiver utilizando).

Devem ser criadas equipes de resposta rápida (ERR) direcionadas exclusivamente para o atendimento de pacientes com quadros gripais, respeitando todas as medidas de biossegurança (Quadro 14). A composição da equipe deve ser multiprofissional, levando em conta as seguintes tarefas a serem desempenhadas: triagem, avaliação clínica, coleta de *swab*, registro em prontuário eletrônico, notificação no e-SUS Notifica e observação clínica de pacientes com SRAG enquanto aguardam ambulância do vaga zero.

Quadro 14. Medidas de biossegurança para os atendimentos de pacientes com suspeita de covid-19.

- Priorizar atendimento em ambientes arejados
- EPI completo (gorro; óculos de proteção ou protetor facial; máscara cirúrgica ou máscara de proteção respiratória, conforme o procedimento*; avental impermeável de mangas longas; luvas de procedimento)
- Se necessidade de manejo de broncoespasmo, preferir spray nasal
- Higienização do estetoscópio entre cada uso

* Deve-se usar PFF2/N95 para intubação, nebulização ou coleta de *swab*. Para demais atendimentos, pode ser usada máscara cirúrgica.

12.2. Para redimensionar demandas assistenciais

As UAP devem manter o equilíbrio entre a oferta de atendimentos relacionados à covid-19 e a manutenção do cuidado continuado à sua população adscrita, que já tradicionalmente as acessa pelas mais variadas condições agudas e crônicas. Os fluxos para as demais demandas assistenciais das UAP devem ser flexíveis, pois podem ser afetados pelos indicadores de transmissão da covid-19 na região e pelas demandas de redirecionar os profissionais de saúde para o programa de vacinação.

O Quadro 15 apresenta a proposta de priorização das atividades assistenciais conforme o nível de alerta na região administrativa da UAP, mas essa priorização pode ser modificada conforme demandas de profissionais para vacinação. Além disso, os diretores ou gerentes das UAP poderão, com anuência do coordenador geral da respectiva área programática, adotar um nível de alerta mais restritivo, levando em consideração a capacidade de oferta de serviços e a presença de surtos locais na equipe da unidade.

Quadro 15. Orientações sobre manutenção dos atendimentos nas UAP conforme nível de alerta.

	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
Atendimentos sem agendamento prévio	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Consultas eletivas	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Gestantes e outros grupos prioritários	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento pleno
Puericultura	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Doentes Crônicos	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Urgências em saúde bucal	Atendimento parcial	Atendimento pleno	Atendimento pleno
Atendimentos eletivos de saúde bucal	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento suspenso
Atividades coletivas	Atendimento parcial	Atendimento suspenso	Atendimento suspenso
Vacinação	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento pleno
Farmácia	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento pleno
Coleta de exames	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Curativos	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento parcial
Testes rápidos	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento pleno
Procedimentos de enfermagem	Atendimento pleno	Atendimento pleno	Atendimento parcial
Procedimentos ambulatoriais médicos	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento suspenso*
Citologia uterina	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento suspenso*
Visita e Atendimento Domiciliar	Atendimento parcial	Atendimento parcial	Atendimento suspenso
Programa Saúde da Escola	Atendimento parcial	Atendimento parcial	Atendimento parcial
Consultas com finalidades administrativas	Atendimento pleno	Atendimento parcial	Atendimento parcial

*Nas situações em que os procedimentos estão suspensos, caberá ao profissional a decisão final sobre a sua realização. Essa decisão considerará a relação entre o risco de execução e o potencial benefício do procedimento.

13. ORIENTAÇÕES SOBRE VACINAÇÃO

A vacinação contra o SARS-CoV-2 no município do Rio de Janeiro iniciou em 18 de janeiro de 2021. O plano de imunização elaborado pelo município segue as normas do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a covid-19, do Ministério da Saúde. A vacinação vem ocorrendo nas UAP, assim como em espaços maiores em pontos estratégicos, como o Parque Olímpico, além de museus, clubes, entre outros espaços públicos.

Atualmente o Programa Nacional de Imunização conta com três vacinas, já com registro definitivo na ANVISA, a Vacina adsorvida covid-19 (inativada) do Instituto Butantan em parceria com o laboratório Sinovac, e a Vacina covid-19 (recombinante) Bio-manguinhos/Fiocruz e a vacina da Pfizer. O Quadro 16 descreve algumas características das vacinas disponíveis.

Quadro 16. Vacinas para o novo coronavírus disponíveis no Programa Nacional de Imunização.

ESPECIFICAÇÕES	SINOVAC/BUTANTAN	ASTRAZENECA/OXFORD/FIOCRUZ/SERUM	PFIZER
Nome comercial	Vacina adsorvida covid-19 (inativada) / CoronaVac	Vacina covid-19 (recombinante) / ChAdOx1 nCoV-19 (Covishield)	COMIRNATY™ (vacina covid-19 – Pfizer)
Princípio ativo	Antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2	Vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação, para expressão da glicoproteína spike (S) do vírus SARS-CoV-2	RNA mensageiro de cadeia simples com estrutura 5-cap altamente purificado, produzido usando transcrição <i>in vitro</i> sem células a partir dos modelos de DNA correspondentes, codificando a proteína S (spike) do vírus SARS-CoV-2
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável	Suspensão injetável	Solução congelada + diluente
Apresentação	Frascos-ampola com 0,5ml (frasco monodose) Frascos-ampola com 5,0ml (10 doses) cada	Frascos-ampola com 5,0ml (10 doses) cada Frasco-ampola com 2,5ml (5 doses) cada	Cada frasco de Comirnaty™ contém 225µg em 0,45ml de suspensão injetável (6 doses/frasco) em embalagens com 195 frascos; volume do frasco após diluição: 2,25ml

ESPECIFICAÇÕES	SINOVAC/BUTANTAN	ASTRAZENECA/OXFORD/FIOCRUZ/SERUM	PFIZER
Via de administração	IM (intramuscular)	IM (intramuscular)	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5ml cada, com intervalo de 14–28 dias	2 doses de 0,5ml cada, com intervalo de 12 semanas	2 doses de 0,3ml cada, com intervalo de 12 semanas entre doses
Composição por dose	0,5ml contém 600SU do princípio ativo	0,5ml contém 1 × 10 ¹¹ partículas virais (pv) do princípio ativo	Cada dose da vacina diluída (0,3ml) contém 30µg do princípio ativo
Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	<p>Muito comum (> 1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Local: dor. <p>Comum (> 1/100 e < 1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistêmica: fadiga, febre, mialgia, diarreia, náusea, dor de cabeça. <p>Incomum (> 1/1000 e < 1/100):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistêmica: vômitos, dor abdominal inferior, distensão abdominal, tonturas, tosse, perda de apetite, hipersensibilidade, pressão arterial elevada; Local: coloração anormal no local da administração, inchaço, prurido, eritema, hipoestesia local, endurecimento. 	<p>Muito comum (> 1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade no local de injeção, dor no local de injeção, sensação de calor no local de injeção, eritema no local de injeção, prurido no local de injeção, inchaço no local de injeção, hematoma no local de injeção, fadiga, mal-estar, pirexia, calafrios, cefaleia, náusea. <p>Comum (> 1/100 e < 1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Endurecimento no local de injeção, doença semelhante à influenza, vômito. <p>Incomum (> 1/1000 e < 1/100):</p> <ul style="list-style-type: none"> Linfadenopatia, redução do apetite, tontura, dor abdominal, hiperidrose, prurido, erupção cutânea. 	<p>Muito comuns (>1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Dor e inchaço no local de injeção, cansaço, dor de cabeça, diarreia, dor muscular, dor nas articulações, calafrios e febre. <p>Comuns (> 1/100 e < 1/10):</p> <ul style="list-style-type: none"> Vermelhidão no local de injeção, náusea e vômito. <p>Incomuns (> 1/1000 e < 1/100):</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento dos gânglios linfáticos (ou ínguas), reações de hipersensibilidade [ex.: erupção cutânea (lesão na pele), prurido (coceira), urticária (alergia da pele com forte coceira), angioedema (inchaço das partes mais profundas da pele ou da mucosa)], sensação de mal estar, dor nos membros (braço), insônia e prurido no local de injeção. <p>Rara (> 1/10.000 e < 1/1000)</p> <ul style="list-style-type: none"> Paralisa facial aguda.

ESPECIFICAÇÕES	SINOVAC/BUTANTAN	ASTRAZENECA/OXFORD/FIOCRUZ/SERUM	PFIZER
Prazo de validade e conservação	12 meses a partir da data de fabricação, se conservado na temperatura	24 meses a partir da data de fabricação, se conservado na temperatura	6 meses a partir da data de fabricação se conservado entre -90°C e -60°C
	+2°C a +8°C	+2°C a +8°C	5 dias na temperatura entre +2°C e +8°C
Validade após a abertura do frasco	8 horas após a abertura do frasco (se frasco multidose)	6 horas após a abertura para frasco com 10 doses e 48 horas após a abertura para frasco com 5 doses	Após a diluição conservar entre +2°C a +8°C e utilizar num período de 6 horas
Tempo para soroconversão	Em média, 14 dias após a segunda dose	98% de soroconversão após 28 dias da primeira dose e 99% após 28 dias da segunda dose	Em média, 14 dias após a primeira dose

Fonte: Adaptado de bulas das vacinas – CGPNI/SVS/MS (Dados sujeitos a alterações).

São raras as contraindicações às vacinas contra a covid-19, destacando-se a hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina. Pacientes que tiveram reação anafilática confirmada a uma dose anterior de vacina contra a covid-19 não devem receber segunda dose. Pessoas com idade inferior a 18 anos ainda não estão sendo vacinadas, pois as vacinas disponíveis ainda não foram estudadas nessa faixa etária.

Atualmente orienta-se que pessoas que tiveram infecção recente pelo SARS-CoV-2 aguardem pelo menos 4 semanas desde o início dos sintomas (ou desde o resultado positivo no RT-PCR, se caso assintomático), antes de vacinarem. Além disso, pessoas que estão com sintomas de outros quadros infecciosos devem aguardar até a resolução dos sintomas. O intervalo entre a vacina para a covid-19 e as demais vacinas deverá ser de, no mínimo, 14 dias. Todos os efeitos adversos, sejam eles graves ou não graves, devem ser notificados por meio do e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/notificacoes>)

O registro da vacinação para a covid-19 deve ser realizado na caderneta de vacinação do paciente (com o aprazamento para a próxima dose) e no SIPNI. Não deve ser realizado registro parametrizado no prontuário eletrônico.

Não há indicação de monitorar a resposta à vacinação com testes sorológicos, uma vez que os anticorpos neutralizantes não são a única forma de resposta imunológica induzida pela vacina, havendo também a imunidade celular, que não é identificada pelo teste sorológico.

14. ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES VACINADOS

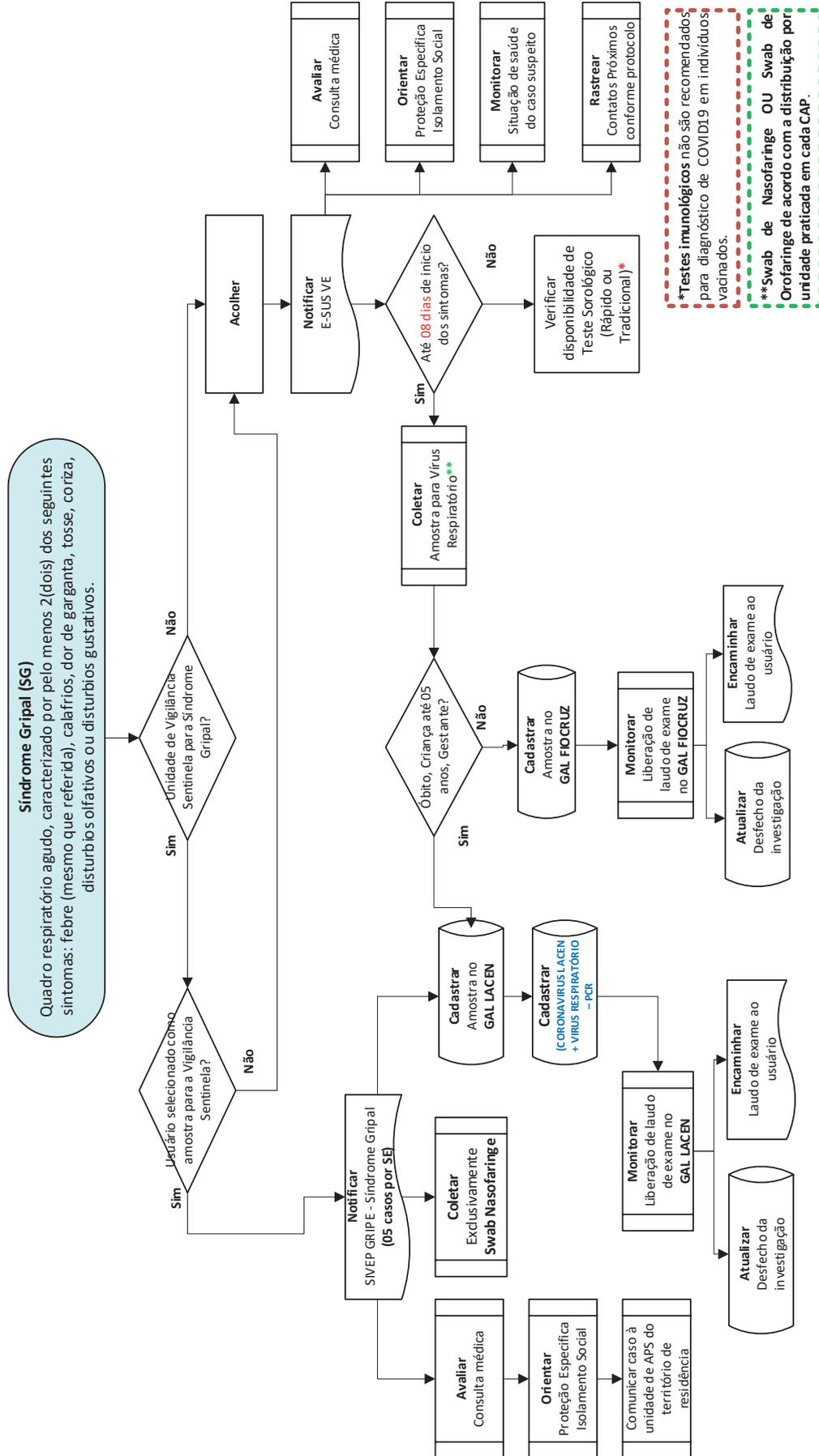
Indivíduos vacinados contra a covid-19 devem seguir aderindo às orientações descritas na seção Medidas Gerais de Proteção à Vida. As vacinas disponíveis no calendário brasileiro têm boa eficácia na prevenção de formas graves da doença, porém eficácia menor na prevenção de formas leves, não impedindo também que indivíduos vacinados transmitam o SARS-CoV-2.

Por esse motivo, somado à baixa cobertura vacinal na população brasileira, a possibilidade de surgimento de variantes que impliquem menor efetividade das vacinas e o atual cenário de transmissão comunitária em todo o país, ainda não é possível orientar relaxamento das medidas de proteção à vida. Contudo, considerando que o impacto das comorbidades sobre a covid-19 é justamente a maior suscetibilidade a formas graves da doença, pessoas que estavam afastadas de suas atividades laborais e sociais por pertencerem a grupos de risco podem retomar essas atividades, desde que tenham boa adesão às demais medidas de proteção à vida.

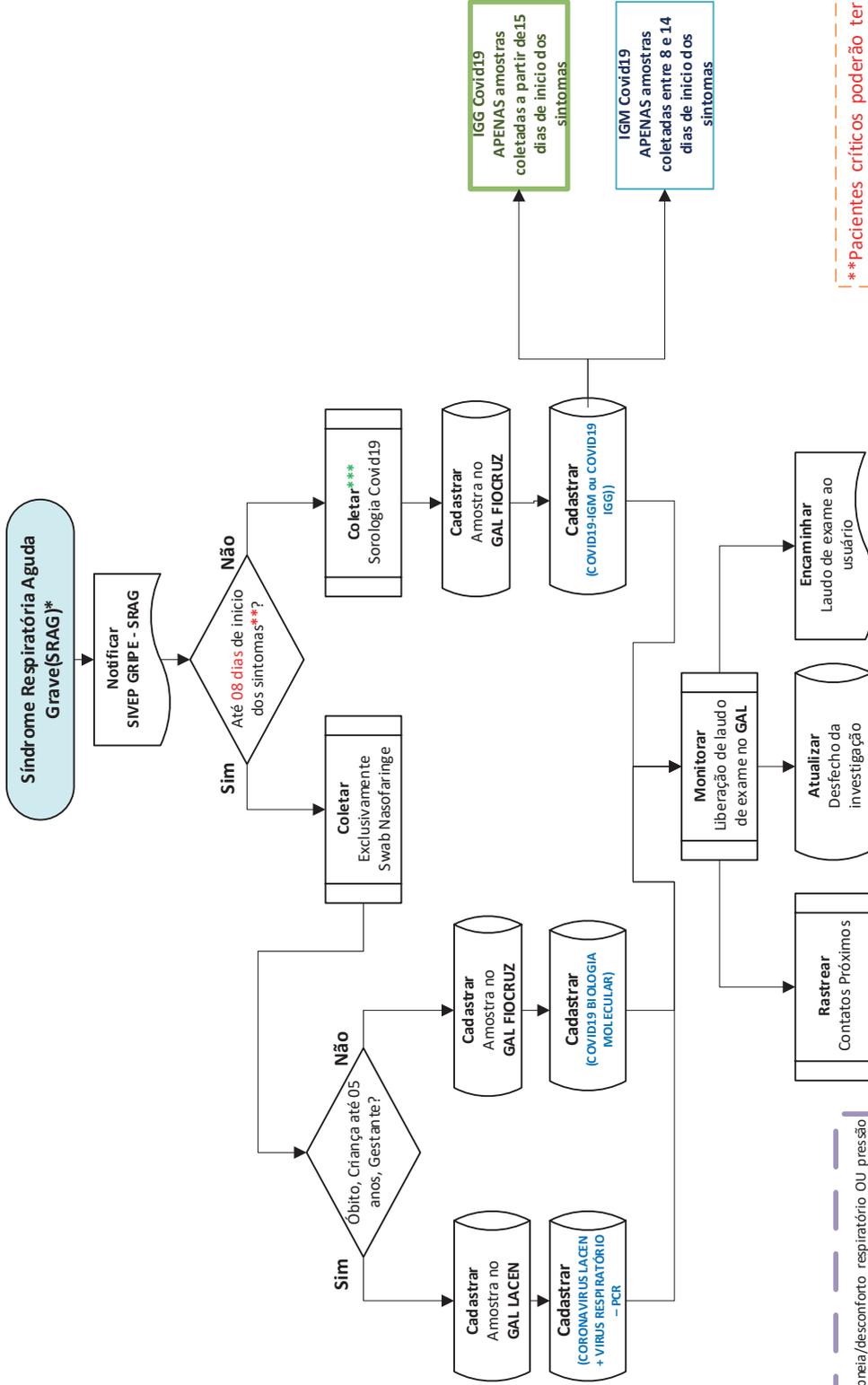
15. ANEXOS

15.1. Fluxogramas de notificação

Fluxograma para notificação e investigação de casos suspeitos SG de Covid19



Fluxograma para notificação e investigação de casos suspeitos de SRAG Covid19



*Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização

**Pacientes críticos poderão ter envio de coleta de SNF até o 14 dia de início dos sintomas.
 ***Testes imunológicos (Sorologia) não são recomendados para diagnóstico de COVID19 em indivíduos vacinados.

15.2. Checklists para a estruturação do atendimento a casos de covid-19 nas UAP

- Máscaras cirúrgicas
- Touca
- Luvas de procedimento
- Álcool gel
- Capotes com punho fechado
- Óculos de proteção
- Estetoscópio (não usar o do profissional)
- Esfigmomanômetro (exclusivo)
- Oxímetro
- Glicosímetro
- Abaixador de língua
- Material para registro (computador/impressora ou formulário para posterior digitação)

Sala de observação clínica (além do listado acima)

- Máscaras N95 (usada pelo profissional em procedimentos que geram aerossóis)
- Medicações de urgência, analgésicos (ampolas)
- Cilindro de O₂
- Cateter nasal de O₂ tipo óculos
- Máscara de O₂ com reservatório
- Desfibrilador Externo Automático

15.3. Modelo de atestado para caso de covid-19

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para fins trabalhistas, que o paciente acima apresenta quadro sugestivo de covid-19, devendo ficar afastado das atividades laborais por ____ dias a partir de hoje.

Os sintomas iniciaram dia ____ / ____ / ____ e o período preconizado de afastamento é de, pelo menos, 10 dias a partir do início dos sintomas ou do resultado de teste positivo.

Destaca-se que, em virtude da possibilidade de resultados falsos negativos, o afastamento do caso suspeito deve ocorrer mesmo na ocorrência de teste negativo.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, todas as pessoas que tiveram contato próximo com o paciente sem o uso de máscara ou contato prolongado independentemente do uso de máscaras devem ser afastadas de suas atividades laborais e ficar em casa, como forma de interromper a cadeia de transmissão do novo coronavírus. O afastamento do contactante é de, pelo menos, 14 dias.

A colaboração do empregador é de fundamental importância para implementar as medidas sanitárias necessárias para o combate à pandemia.

CID-10: B34.2

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021.

15.4. Modelo de atestado para contactante

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para fins de impedimento sanitário, que o paciente acima teve contato com paciente com covid-19.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, todas as pessoas que tiveram contato próximo com paciente com covid-19 sem o uso de máscara ou que tiveram contato prolongado independentemente do uso de máscaras devem ser afastadas de suas atividades laborais e ficar em casa, como forma de interromper a cadeia de transmissão do novo coronavírus. O afastamento do contactante é de, pelo menos, 14 dias a partir de seu último contato com o paciente infectado.

Por esse motivo, o paciente acima deve ser afastado das atividades laborais por ____ dias a partir de hoje.

Destaca-se que, em virtude da possibilidade de resultados falsos negativos, a realização de um teste com resultado negativo não libera o paciente para retornar às atividades laborais.

A colaboração do empregador é de fundamental importância para implementar as medidas sanitárias necessárias para o combate à pandemia.

CID-10: Z20.9

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021.

15.5. Laudo para teste rápido de antígeno SARS-CoV-2



SAÚDE



LAUDO: TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO SARS-COV-2

Método: Imunocromatografia **Material:** Secreção nasofaríngea

Unidade de Atenção Primária: _____

Nome completo: _____

Exame conferido e liberado por Profissional Técnico em Saúde:

() Reagente () Não reagente

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. Este teste destina-se a pacientes sintomáticos para a covid-19 até o 8º dia do início dos sintomas (7 dias completos).
2. Toda pessoa com sintoma, independentemente do resultado do exame, deve fazer isolamento social por, no mínimo, 10 dias.
3. Um resultado de teste negativo não elimina a possibilidade de infecção por SARS-CoV-2. Em caso de persistência dos sintomas, procure a sua Unidade de Saúde de referência – <https://subpav.org/ondeseratendido/>
4. O teste rápido de Antígeno covid-19 fornece resultado em até 15 minutos, e é uma ferramenta confiável e acessível para que profissionais de saúde possam detectar infecções ativas pelo novo coronavírus, para ajudar a reduzir a velocidade da disseminação do vírus.
5. Caso reagente, este é um teste confirmatório, não sendo necessária a realização de testes complementares para o diagnóstico.
6. Produto com registro na Anvisa sob número 10071770915.

Assinatura e Carimbo

A interpretação de um resultado laboratorial requer correlação com dados clínicos, epidemiológicos e, se necessário, outros exames complementares, devendo ser realizada pelo médico assistente ou profissional de saúde qualificado.

15.6. Laudo para teste rápido de anticorpos SARS-CoV-2



SAÚDE



LAUDO: TESTE RÁPIDO DE ANTCORPOS SARS-COV-2

Método: Imunocromatografia **Material:** Sangue Total (Punção Digital)

Unidade de Atenção Primária: _____

Nome completo: _____ **Idade:** _____

Data de coleta: _____ **Início dos sintomas:** _____

Kit: _____ **Lote:** _____

Exame conferido e liberado por Profissional Técnico em Saúde:

() IGM Positivo () IGM Negativo () IGG Positivo () IGG Negativo

OBSERVAÇÕES / LIMITAÇÕES DO TESTE:

1. O teste rápido em cassete 2019-nCoV IgG/IgM é apenas para uso em diagnóstico in vitro. Este teste deve ser usado para a detecção de anticorpos IgG/IgM para 2019-nCoV em amostra de sangue total, soro ou plasma. Nem o valor quantitativo nem a taxa de aumento de concentração de anticorpos IgG ou IgM para 2019-nCoV podem ser determinados por este teste qualitativo.
2. O teste rápido em cassete 2019-nCoV IgG/IgM (SangueTotal/Soro/Plasma) indicará apenas a presença de anticorpos IgG e IgM para 2019-nCoV na amostra, e não deve ser usada como o único critério para o diagnóstico de infecções por 2019-nCoV.
3. Como em todos os testes de diagnósticos, todos os resultados devem ser considerados com outras informações clínicas disponíveis para o médico.
4. Se o resultado do teste for negativo e os sintomas clínicos persistirem, sugerimos testes adicionais de acompanhamento usando outros métodos clínicos – um resultado negativo a qualquer momento não exclui a possibilidade da infecção por 2019-nCoV.
5. O teste mostrará resultados negativos nas seguintes condições: o título dos novos anticorpos para o coronavírus na amostra é inferior ao limite mínimo de detecção do teste ou o novo anticorpo para o coronavírus não apareceu no momento da amostra (fase assintomática).

Assinatura e Carimbo

A interpretação de um resultado laboratorial requer correlação com os dados clínicos, epidemiológicos e, se necessário, outros exames complementares, devendo ser realizada pelo médico assistente ou profissional de saúde qualificado.

16. REFERÊNCIAS

1. Naming the coronavirus disease (covid-19) and the virus that causes it. World Health Organization; 2020.
2. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* [Internet]. 2020 Mar;579(7798):270–3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
3. Cevik M, Kuppalli K, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ* [Internet]. 2020 Oct 23;371:m3862. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3862>
4. Weekly epidemiological update – 25 May 2021 [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210525_weekly_epi_update_41.pdf
5. Estudos preliminares realizados pelo Butantan em pessoas vacinadas demonstram que a Coronavac é capaz de neutralizar variantes do novo coronavírus [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/estudos-preliminares-realizados-pelo-butantan-em-pessoas-vacinadas-demonstram-que-a-coronavac-e-capaz-de-neutralizar-variantes-do-novo-coronavirus>
6. Dejnirattisai W-, Zhou D-, Supasa P-, Liu C-, Mentzer AJ, Ginn HM, et al. Antibody evasion by the Brazilian P.1 strain of SARS-CoV-2 [Internet]. *bioRxiv*. bioRxiv; 2021. Disponível em: <http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.03.12.435194>
7. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Ann Intern Med* [Internet]. 2021 Jan;174(1):69–79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M20-5008>
8. Rai B, Shukla A, Dwivedi LK. Incubation period for covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Z Gesundh Wiss* [Internet]. 2021 Feb 23;1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-021-01478-1>
9. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 May 5;172(9):577–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M20-0504>
10. Oran DP, Topol EJ. The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic: A Systematic Review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2021 Jan 22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M20-6976>
11. Choi B, Choudhary MC, Regan J, Sparks JA, Padera RF, Qiu X, et al. Persistence and Evolution of SARS-CoV-2 in an Immunocompromised Host. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Dec 3;383(23):2291–3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2031364>

12. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (covid-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet]. 2020 Apr 7;323(13):1239–42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.2648>

13. Painel Covid-19 no Brasil. Acessado em 01/06/2021. https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

14. Larsen JR, Martin MR, Martin JD, Kuhn P, Hicks JB. Modeling the Onset of Symptoms of covid-19. *Front Public Health* [Internet]. 2020 Aug 13;8:473. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.00473>

15. Greenhalgh T, Knight M, Inda-Kim M, Fulop NJ, Leach J, Vindrola-Padros C. Remote management of covid-19 using home pulse oximetry and virtual ward support. *BMJ* [Internet]. 2021 Mar 25;372:n677. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n677>

16. Public Health Agency of Canada. covid-19 signs, symptoms and severity of disease: A clinician guide [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 12]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/signs-symptoms-severity.html>

17. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (covid-19): Clinical features. UpToDate Waltham, Mass: UpToDate. 2020.

18. Pijls BG, Jolani S, Atherley A, Derckx RT, Dijkstra JIR, Franssen GHJ, et al. Demographic risk factors for covid-19 infection, severity, ICU admission and death: a meta-analysis of 59 studies. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Jan 11;11(1):e044640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044640>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.; 2021.

20. Wang Y, Tian H, Zhang L, Zhang M, Guo D, Wu W, et al. Reduction of secondary transmission of SARS-CoV-2 in households by face mask use, disinfection and social distancing: a cohort study in Beijing, China. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020 May;5(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002794>

21. Thompson HA, Mousa A, Dighe A, Fu H, Arnedo-Pena A, Barrett P, et al. SARS-CoV-2 setting-specific transmission rates: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021 Feb 9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab100>

22. Lewis D. Superspreading drives the covid pandemic – and could help to tame it. *Nature* [Internet]. 2021 Feb;590(7847):544–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-021-00460-x>

23. Holman N, Knighton P, Kar P, O'Keefe J, Curley M, Weaver A, et al. Risk factors for covid-19-related mortality in people with type 1 and type 2 diabetes in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2020 Oct;8(10):823–33. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30271-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30271-0)
24. Rubino F, Amiel SA, Zimmet P, Alberti G, Bornstein S, Eckel RH, et al. New-Onset Diabetes in covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Aug 20;383(8):789–90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2018688>
25. Salem D, Katranji F, Bakdash T. Covid-19 infection in pregnant women: Review of maternal and fetal outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2021 Mar;152(3):291–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13533>
26. Alvarenga C. Dados em relação à Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro entre 2014 e 2020. *CICLO DE DEBATES SUBPAV 2021. TEMA 05: "Boas práticas para redução da mortalidade materna: planejamento reprodutivo e manejo das gestações indesejadas"*; 24 de março de 2021; Rio de Janeiro.
27. Hartmann-Boyce J, Gunnell J, Drake J, Otunla A, Suklan J, Schofield E, et al. Asthma and COVID-19: review of evidence on risks and management considerations. *BMJ Evid Based Med* [Internet]. 2020 Sep 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111506>
28. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* [Internet]. 2020 Aug;584(7821):430–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>
29. CDC. Covid-19 and Your Health [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html>
30. Australian Government Department of Health. Coronavirus (covid-19) action plan [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. Disponível em: <https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-action-plan>
31. World Health Organization. WHO living guideline: drugs to prevent covid-19: interim guidance, 2 March 2021 [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2021 Mar 13]. Report No.: WHO/2019-nCoV/prophylaxes/2021.1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339877>
32. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Guia de Medidas de Proteção à Vida. 2021.
33. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020 [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14019.htm
34. Covid-19: tudo sobre máscaras faciais de proteção [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/covid-19-tudo-sobre-mascaras-faciais-de-protecao>

35. Ortelan N, Ferreira AJF, Leite L, Pescarini JM, Souto AC, Barreto ML, et al. Cloth masks in public places: an essential intervention to prevent covid-19 in Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 Feb;26(2):669–92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021262.36702020>
36. Gonçalves MR, dos Reis RCP, Tólio RP, Pellanda LC, Schmidt MI, Katz N, et al. Social Distancing, Mask Use and the Transmission of SARS-CoV-2: A Population-Based Case-Control Study [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 13]. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/abstract=3731445>
37. Howard J, Huang A, Li Z, Tufekci Z, Zdimal V, van der Westhuizen H-M, et al. An evidence review of face masks against covid-19. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2021 Jan 26;118(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.2014564118>
38. Pedersen MG, Meneghini M. Data-driven estimation of change points reveals correlation between face mask use and accelerated curtailing of the first wave of the covid-19 epidemic in Italy. *Infect Dis* [Internet]. 2021 Feb 25;1–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/23744235.2021.1877810>
39. Wang Y, Deng Z, Shi D. How effective is a mask in preventing covid-19 infection? *Med Devices Sens* [Internet]. 2021 Jan 5;e10163. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/mds3.10163>
40. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Nov 20;11:CD006207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub5>
41. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of covid-19 [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-inthe-context-of-covid-19>
42. Dias V, Carneiro M, de Lacerda Vidal CF, Corradi M de FDB, Brandão D, da Cunha CA, et al. Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com covid-19. *J Infect Control*. 2020;9(2):56–75.
43. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Guia Rápido da Atenção Primária à Saúde para Autonotificação, Testagem e Monitoramento dos Casos de covid-19. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.; 2021.
44. Covid-19 Clinical management: living guidance [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
45. López-Medina E, López P, Hurtado IC, Dávalos DM, Ramirez O, Martínez E, et al. Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild covid-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* [Internet]. 2021 Mar 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.3071>

46. Horby P, Lim WS, Emberson J, Mafham M, Bell J, Linsell L, et al. Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with covid-19 – Preliminary Report [Internet]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273>
47. Jain V, Yuan J-M. Predictive symptoms and comorbidities for severe covid-19 and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* [Internet]. 2020 Jun;65(5):533–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-020-01390-7>
48. Oximetria [Internet]. [cited 2021 Apr 1]. Disponível em: <https://www.campanhaalertarc.com.br/>
49. Sridhar D, Gurdasani D. Herd immunity by infection is not an option. *Science* [Internet]. 2021 Jan 15;371(6526):230–1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1126/science.abf7921>
50. Kucharski AJ, Klepac P, Conlan AJK, Kissler SM, Tang ML, Fry H, et al. Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Oct;20(10):1151–60. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30457-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30457-6)



SAÚDE

