



COMBATE AO CORONAVÍRUS • COVID-19
EM BELO HORIZONTE

 pbh.gov.br/saude

GUIA PARA **MANEJO PÓS-COVID-19**



GUIA PARA MANEJO PÓS-COVID-19

Elaboração

Adriana Cristina Camargos de Rezende
Adriana Silva Drumond
Alberto Kazuo Fuzikawa
Amanda Livia Lopes
Ana Cândida Ferreira Lima Bracarense
Ana Carolina Diniz Oliveira
Andreia Ramos Almeida Amaral
Anelise Nascimento Prates
Bárbara do Carmo Leite Barbosa
Camila Mundim Palhares
Carla Marien Peres
Carolina Diniz Bolzan de Oliveira
Cíntia Pereira Pires
Cláudia Prass Santos
Cristiana Ceotto Deslandes
Cristiane Veiga Pinto Azzi
Cristina dos Santos Fonseca
Cristina Vaz Rosado
Daniela Pereira Viana
Danielle Cunha de Souza Ramos
Debora Gontijo Braga
Denise Valadão da Silveira Souza
Érika Christina Ramos Cesar

Fernanda de Aguiar Jales Azevedo
Fernando Libânio Coutinho
Flavio Benigno Andrade Braga Cavalcante
Isabela Vaz Leite Pinto
Isabelle Oliveira Vaz
José Tarcísio de Castro
Juliana Dias Pereira dos Santos
Karina Gomes Moraes de Pádua
Karla Cristina Giacomini
Klébio Ribeiro Silva de Martin
Lilian Souto Miranda
Livia Drumond Akl
Ludmilla Garcia Lacerda Dornellas
Marcos Borges Junior
Ôni Márcia Jardim
Sheyla Novaes Faria Sampaio
Simone de Moraes
Simone Palmer Caldeira
Tatiana Gobbi Mendes de Castro
Vanessa Beatriz Vida Schuch
Vânia Dolher Souza Baker
Walter Luis Teixeira Alves

Revisão

Adriana Cristina Camargos de Rezende
Alberto Kazuo Fuzikawa
Ana Cândida Ferreira Lima Bracarense
Ana Carolina Diniz Oliveira
Ana Emilia de Oliveira Ahouagi
André Luiz Meneses
Anelise Nascimento Prates
Bárbara do Carmo Leite Barbosa
Carolina Diniz Bolzan de Oliveira
Christine Ferreti Santiago
Cristina Fonseca
Daniela Pereira Viana
Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Fabiana Ribeiro Silva
Fernando de Siqueira Ribeiro
Jean Carlos dos Santos Barrado
Ludmilla Garcia Lacerda Dornellas
Paulo Roberto Lopes Correa
Renata Mascarenhas Bernardes
Sheyla Novaes Faria Sampaio
Simone de Moraes

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
bpm	Batimentos por minuto
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CREAB	Centro de Referência em Reabilitação
CS	Centro de Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSM	Equipe de Saúde Mental
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HO	Hipotensão Ortostática
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
irpm	Incursões respiratórias por minuto
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
mmHg	Milímetro de mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPMAL	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PA	Pressão Arterial
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PICS	<i>Post-Intensive Care Syndrome</i>
POTS	Síndrome de Taquicardia Ortostática Postural
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RCIU	Restrição de Crescimento Intra-Uterino
RN	Recém-nascidos
RP	Reabilitação Pulmonar
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>

SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIM-P	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica
SISREG	Sistema de Regulação e Marcação de Consultas
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVV	Síncope Vasovagal
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TFO	Treinamento Funcional do Olfato
TVP	Trombose Venosa Profunda
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1 INTRODUÇÃO	8
2 FATORES DE PREDISPOSIÇÃO	9
3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO	9
4 SINTOMAS, MANEJO E ESPECIFICIDADES.....	10
4.1 EXAMES LABORATORIAIS EM COVID-19 PÓS-AGUDO.....	10
4.2 FADIGA.....	11
4.3 TROMBOEMBOLISMO.....	13
4.4 DISAUTONOMIA.....	15
4.5 DISFUNÇÕES DO SISTEMA NEUROMUSCULOESQUELÉTICO	17
4.6 MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS.....	20
4.7 MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES	26
4.8 MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS	29
4.9 MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS MAIS FREQUENTES.....	31
4.10 MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINO METABÓLICAS.....	32
4.11 ESPECIFICIDADES NA SAÚDE MENTAL	33
4.12 ESPECIFICIDADES NA PESSOA IDOSA	35
4.13 ESPECIFICIDADES NA CRIANÇA.....	36
4.14 ESPECIFICIDADES NAS GESTANTES	37
4.15 ESPECIFICIDADES NA POPULAÇÃO VULNERÁVEL	39
4.16 ESPECIFICIDADES NOS ATLETAS.....	40
4.17 ESPECIFICIDADES NOS TRABALHADORES: PRINCÍPIOS PARA MANEJO E ORIENTAÇÃO A USUÁRIOS NO RETORNO AO TRABALHO.....	41
5 FLUXOS E SERVIÇOS.....	45
5.1 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20).....	45
5.2 SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS.....	47
5.3 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD	57
5.4 SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AMBULATORIAL/ESPECIALIZADO	61
5.5 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO	64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
---------------------------------	----

ANEXOS

1 ESCALA DE FADIGA DE CHALDER (CFQ-11).....	86
2 ESCALA MODIFICADA DE BORG CR10.....	88
3 DISPENSAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.....	89
FLUXO I - CLIENTES HOSPITALIZADOS COM INDICAÇÃO DE OTD- SUS/BH	89
FLUXO II - CLIENTES NÃO HOSPITALIZADOS COM INDICAÇÃO DE OTD- SUS/BH	90
4 ESCALA MODIFICADA DE DISPNEIA DO MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MMRC).....	93
5 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL-20 (IVCF-20).....	94
6 AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR COMPLEMENTAR PARA USUÁRIOS PÓS-COVID.....	97
7 ESCALA DE STATUS FUNCIONAL PÓS-COVID (ESFPC).....	98



A COVID-19 tem se mostrado uma doença com amplo espectro de gravidade, variando desde casos totalmente assintomáticos até quadros que cursam com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e/ou outras complicações significativas que acometem diversos órgãos e sistemas.

Apesar de evidências limitadas, tem sido observado um número crescente de pacientes que se recuperam da infecção aguda pelo SARS-CoV-2, mas que mantêm sintomas duradouros ou que passam a manifestar novos sintomas antes não presentes. Assim sendo, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) propõe este Guia Orientador para Manejo pós-COVID-19.

Para efeitos deste documento e considerando os critérios mais frequentemente usados internacionalmente até o momento, dividimos a COVID-19 em três fases:

- **COVID-19 aguda:** manifestações que ocorrem até 3-4 semanas após o início da doença.
- **COVID-19 pós-aguda:** manifestações que duram entre 3-4 semanas e 12 semanas do início do quadro.
- **COVID-19 crônica ou COVID-19 longa:** manifestações que se prolongam para além de 12 semanas e que não podem ser atribuídas a outros diagnósticos (GREENHALGH, T *et al.* 2020; LADDS, E *et al.* 2020; NALBANDIAN, A *et al.* 2021).

O desenvolvimento deste Guia é resultado de uma ação coletiva que objetiva:

1. Apresentar recomendações para orientar a rede SUS/PBH, na condução do paciente pós-COVID-19 que demanda continuidade de cuidados, com sintomas persistentes e repercussão funcional.
2. Propor o fortalecimento da organização assistencial, integrando os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte.
3. Preconizar a abordagem ao usuário por equipe multiprofissional, a fim de alcançar uma recuperação plena do paciente em todas suas necessidades clínicas e funcionais, considerando as alterações multissistêmicas ocasionadas por esta doença.

Reiteramos que o conhecimento sobre a COVID-19, e seu potencial para levar à sequelas variáveis, ainda é um processo em consolidação e não existe uma base robusta e consensual de evidências. Sendo assim, as recomendações deste Guia devem ser discutidas com os usuários para a tomada de decisões compartilhadas. Os profissionais envolvidos no cuidado podem adotar condutas diferentes, quando julgarem adequado, diante do quadro clínico apresentado pelo paciente, assumindo assim as responsabilidades inerentes ao exercício profissional. Compreensão, apoio e garantia de atenção qualificada, são componentes cruciais do manejo.

As orientações podem ser alteradas, de acordo com novas condutas recomendadas pelos órgãos competentes e avanços científicos relacionados ao SARS-CoV-2 e à COVID-19. Estas recomendações se aplicam a todo usuário do município de Belo Horizonte, que necessite de suporte dos serviços de saúde devido a sintomas persistentes da COVID-19, no ambiente extra-hospitalar, independente de tempo de doença.



1 INTRODUÇÃO



Até o presente momento, não existe um conjunto claro de critérios para definir o que seria a síndrome pós-COVID-19 e por quanto tempo seria normal a persistência de sintomas. A maioria dos trabalhos considera algum tipo de marco crítico para contar o tempo decorrido de infecção, porém tais marcos variam muito.

Alguns trabalhos usam a data do início dos sintomas, outros a data do exame diagnóstico. Em algumas publicações considerou-se a data de alta da terapia intensiva, em outros a data da alta hospitalar. Alguns trabalhos usaram critérios bem mais flexíveis, como suspeita de COVID-19 no passado. Enquanto alguns estudos incluíram pacientes com diagnóstico clínico, outros só consideraram aqueles com confirmação laboratorial. Essa falta de consenso dificulta uma percepção mais objetiva de quais sintomas são prevalentes em cada fase da infecção e por quanto tempo duram (RANDO, *et al.*, 2021).

Foram identificados três grupos principais de pacientes com sintomas prolongados:

1. Pacientes que tiveram SRAG e persistem com sintomas predominantemente respiratórios, sobretudo a dispneia. Esse grupo inclui também aqueles com a síndrome pós-terapia intensiva ("*post-intensive care syndrome*" - PICS).
 2. Pacientes com doença multissistêmica, com acometimento cardíaco, respiratório, neurológico e/ou de outros órgãos, com manifestações muito variáveis. Alguns desses pacientes não chegaram a ser internados.
 3. Pacientes com sintomas persistentes, muitas vezes dominados pela fadiga, mas sem evidências de lesões orgânicas (LADDS, *et al.*, 2020).
- A COVID longa pode ocorrer mesmo nos pacientes que tiveram formas leves da doença.
 - Até o momento o diagnóstico da COVID longa é clínico.
 - É importante lembrar, que o que se convencionou chamar de "COVID leve" no início da pandemia foram os casos que não necessitaram de internação e/ou manejo na terapia intensiva. Portanto, vale considerar que a "COVID leve" não guarda correlação estrita, em termos da intensidade dos sintomas, com o que chamamos de "gripe leve". Muitos usuários com quadros "leves" de COVID-19 têm sintomas que interferem significativamente com o seu funcionamento habitual, em casa e no trabalho, durante vários dias (CALLARD, 2021).
 - Recomenda-se não desconsiderar as queixas dos pacientes, mesmo que não sejam encontradas alterações evidentes ao exame clínico. Uma escuta atenta e não julgadora é fundamental para detectar a persistência de alguns sintomas. Uma queixa frequente de pacientes acometidos, é de terem a sensação de que os profissionais de saúde não acreditam nas suas queixas ou atribuem os sintomas à esfera psicológica.

RECURSOS ADICIONAIS

Vídeo da OMS, abordando a síndrome pós-terapia intensiva e a COVID longa (em inglês):

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-19---covid-19---prolonged-symptoms-after-covid--19>



2 FATORES DE PREDISPOSIÇÃO



Não se sabe o que motiva a recuperação de algumas pessoas ser mais prolongada (GREENHALGH *et al.*, 2020) e mesmo pacientes com doença leve e sem história de hospitalização podem apresentar essa condição (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021). Podem contribuir para isso (GREENHALGH *et al.*, 2020; MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021):

- Viremia persistente devido a resposta fraca ou ausente de anticorpos.
- Recidiva ou reinfecção.
- Reações inflamatórias e outras reações imunológicas.
- Falta de condicionamento físico.
- Fatores psicológicos como estresse pós-traumático.
- Idosos com doenças preexistentes.
- Casos com complicações médicas (pneumonia bacteriana e tromboembolismo venoso).
- Pacientes que tiveram uma internação prolongada ou em terapia intensiva.

3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO



Um estudo na Inglaterra verificou que aproximadamente 10% das pessoas experimentam doença prolongada pós-COVID-19 (GREENHALGH *et al.*, 2020). Essa porcentagem pode ser bem maior entre os que foram hospitalizados para tratamento, tendo sido relatado índices de até 80% (CARFI, A. *et al.* 2020; PAVLI A, *et al.*, 2021).

Estima-se que 50% dos pacientes que foram hospitalizados pela COVID-19 necessitarão da continuidade dos cuidados após a desospitalização (MINAS GERAIS, 2020a; MINAS GERAIS, 2020b).

Em outras afecções por Coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome* e *Middle East Respiratory Syndrome* - SARS e MERS) já foram descritas sequelas respiratórias, musculoesqueléticas e neuropsiquiátricas e estas têm paralelos fisiopatológicos com COVID-19 pós-agudo (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Todavia, o número muito maior de pessoas acometidas pelo vírus SARS-CoV-2 indica a possibilidade do surgimento de um contingente muito expressivo de pacientes com sintomas prolongados ou sequelas da COVID-19, que poderão representar uma nova sobrecarga aos sistemas de saúde.

Para a maioria das pessoas que tiveram a infecção COVID grave o suficiente para necessitar de cuidados hospitalares, a experiência de recuperação seria semelhante à de outras infecções bacterianas e virais (NHS, 2021).

O padrão de recuperação esperado é (NHS, 2021):

- Em até quatro (4) semanas, a maioria das dores no peito e a expectoração devem ter reduzido.
- Em seis (6) semanas, a tosse e a falta de ar devem ter diminuído bastante.
- Em três (3) meses, a maioria dos sintomas deve ter desaparecido, mas o cansaço ainda pode estar presente.
- Em até seis (6) meses após a internação, os sintomas devem ter desaparecido.
- Aqueles que precisaram ser admitidos em cuidados intensivos muitas vezes terão uma recuperação ainda mais prolongada, possivelmente em até um ano.

4 SINTOMAS, MANEJO E ESPECIFICIDADES



Orientar a todo usuário que procura atendimento pós-COVID-19, que a imunidade não é duradoura sendo possível a reinfeção. Medidas de prevenção de infecção devem ser mantidas, mesmo pelas pessoas que se infectaram recentemente ou que foram vacinadas contra a COVID-19.

Observar todos os cuidados de biossegurança recomendados para pacientes que possam estar em período de transmissão do SARS-CoV-2.

4.1 EXAMES LABORATORIAIS EM COVID-19 PÓS-AGUDO

Exames de sangue devem ser solicitados seletivamente e a indicação de exames clínicos específicos deve ser feita após uma história e exame cuidadosos, de acordo com a gravidade, ocorrência de testes anormais durante a hospitalização ou reabilitação e de sintomas inexplicáveis (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Após excluir complicações graves ou comorbidades e até que novos resultados de estudos de acompanhamento de longo prazo estejam disponíveis, os pacientes devem ser tratados pragmaticamente e sintomaticamente com ênfase no suporte holístico e uso de sintomáticos (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Considere a solicitação dos seguintes exames de sangue (GREENHALGH *et al.*, 2020; MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021):

- Hemograma completo:
 - A anemia deve ser excluída no paciente com queixa de falta de ar.
 - A linfopenia é uma característica de quadro grave e agudo de COVID-19.
- Eletrólitos, ureia, creatinina, função hepática, albumina.

Testes adicionais devem ser ponderados apenas em casos particulares (GREENHALGH *et al.*, 2020; MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021):

- Dosagem troponina em casos de suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), na urgência.
- Dosagem de D-dímero em caso de dispneia nova ou persistente ou pacientes com suspeita de doenças tromboembólicas, na urgência.
- Dosagem de hormônios tireoideanos naqueles com fadiga inexplicável ou fraqueza.
- Dosagem de FAN e CPK em pacientes com artralgias, mialgias e outros sintomas relacionados a doenças reumatológicas.

Na doença prolongada geralmente NÃO SE indica (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021):

- Retestagem de COVID.
- Sorologia de anticorpos em quem tem PCR positivo.

4.2 FADIGA

A fadiga é definida como um sintoma incapacitante, no qual a função física e cognitiva é limitada pelas interações entre a fadiga de desempenho e a fadiga percebida (ENOKA, 2016).

Em algumas situações pós-agudas, pacientes COVID-19 compartilham características com a síndrome da fadiga crônica, semelhante à fibromialgia (BARKER-DAVIES, 2020). Tal síndrome é também descrita após outras infecções graves como SARS, MERS e pneumonia adquirida na comunidade e pode estar acompanhada de distúrbios do sono, transtornos psiquiátricos e psicossociais, além de mialgia (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020; GREENHALGH *et al.*, 2020).

A fadiga tem sido o sintoma mais comum experimentado pelos pacientes acometidos pela COVID, independentemente da necessidade de hospitalização, com uma estimativa de 15

a 87% de prevalência. Embora a fadiga seja espontaneamente resolvida na maioria dos pacientes, ela pode durar três meses ou mais (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).

- Não há evidências científicas sobre a eficácia de medicamentos ou intervenções não farmacológicas na fadiga após-COVID-19 (GREENHALGH *et al.*, 2020).
 - Repouso adequado, otimização de higiene do sono e estratégias para controle de fadiga que abordem planejamento, ritmo e prioridades das Atividades de Vida Diária (AVDs) são aconselhados (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
- É recomendável a dosagem de hormônios tireoideanos naqueles com fadiga inexplicável ou fraqueza (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
- Deve-se comparar os sintomas atuais com o estado funcional anterior do paciente (por exemplo, declínio na tolerância ao exercício, fraqueza ou mobilidade reduzida) (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
 - Como parte da avaliação, deve-se determinar se algum declínio é devido ao descondicionamento, fraqueza, atrofia muscular, dor e/ou sintomas cardiopulmonares (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
 - Ferramentas padronizadas de avaliação funcional também podem ser usadas para monitorar o progresso do paciente ao longo do tempo. Um dos instrumentos mais citados é o EuroQol-5, validado no Brasil (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
- Não há um consenso sobre o melhor instrumento para a avaliação da fadiga relacionada ao COVID-19. Contudo, a Escala de Fadiga de Chalder CFQ-11 (ANEXO 1) tem sido amplamente aplicada e demonstra ser apropriada neste contexto (TOWNSEND *et al.*, 2020), além de ser validada no país (CHO *et al.*, 2007).
 - Outras escalas podem ser utilizadas e também vêm sendo estudadas.
- No caso de pacientes com importantes limitações de resistência, devido à fraqueza ou descondicionamento muscular, recomenda-se o encaminhamento para programa especializado de reabilitação (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
- Aqueles com baixo desempenho nos exercícios, devido à patologia cardiopulmonar, têm maior probabilidade de se beneficiar de um programa especializado de reabilitação cardíaca ou pulmonar (MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021).
- Há muito debate e controvérsia sobre o papel do exercício na fadiga crônica em geral e particularmente em COVID-19.
 - Pendente de evidências diretas de estudos de pesquisa, sugere-se que o exercício em tais pacientes deve ser realizado com cautela (GREENHALGH *et al.*, 2020; MIKKELSEN e ABRAMOFF, 2021) e deve ser suspenso se o paciente desenvolver febre, falta de ar, fadiga severa, frequência cardíaca (FC) alterada ou dores musculares (GREENHALGH *et al.*, 2020; SALMAN *et al.*, 2021). É recomendada avaliação médica nesses casos (SALMAN *et al.*, 2021).
 - Recomenda-se o uso da Escala Modificada de Borg CR10 (ANEXO 2) para avaliação da intensidade de exercícios (CACAU *et al.*, 2018). O paciente deve ser capaz de manter uma conversa completa, sem dificuldade, durante a atividade (SALMAN *et al.*, 2021).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

G93.3: Síndrome da fadiga pós-viral.

R53: Mal estar, fadiga.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.3 TROMBOEMBOLISMO

A COVID-19 é um estado inflamatório e hipercoagulável, com aumento do risco de eventos tromboembólicos (CUI *et al.*, 2020; KLOK *et al.*, 2020). Contudo, o risco de tromboembolismo pós-alta parece ser semelhante ao de indivíduos hospitalizados por doenças agudas diferentes de COVID-19.

Para apoio diagnóstico e acompanhamento podem ser necessários exames complementares:

- Coagulograma, Radiografia do tórax PA e Perfil (Solicitação pela Atenção Primária à Saúde - APS e Atenção Especializada).
- D-dímero, *Duplex-scan* venoso, Tomografia Computadorizada do Tórax e Cintilografia Pulmonar (apenas Atenção Especializada).

Recomendações para anticoagulação após a alta variam, mas os pacientes de maior risco (de acordo com avaliação clínica e histórico prévio) normalmente recebem alta do hospital com 10 dias de extensão para tromboprolifaxia (BTS, 2020).

- Caso o paciente tenha sido diagnosticado com um episódio trombótico, a anticoagulação, investigação adicional e o monitoramento devem seguir as diretrizes abaixo (NICE, 2012):
 - Pacientes com alta hospitalar - Indivíduos com tromboembolismo documentado requerem um mínimo de três meses de anticoagulação. Alguns casos, que não tiveram tromboembolismo, também podem justificar uma tromboprolifaxia estendida após a alta do hospital (BIKDELI, 2020).
 - Considerar a tromboprolifaxia pós-alta em pacientes com fatores de risco protrombóticos importantes, como história de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP) ou cirurgia importante ou trauma recente, desde que não apresentem alto risco de sangramento (AMERICAN SOCIETY OF HEMATOLOGY, 2021).

As opções para profilaxia e tratamento de eventos tromboembólicos para uso no SUS-BH atualmente incluem (BELO HORIZONTE, 2019; 2020):

Situação Clínica	Anticoagulante Padronizado
Para profilaxia de TEP/TVP	Heparina 5.000UI/0,25ml - ampola 0,25ml
Para tratamento de TEP/TVP e anticoagulação plena	Heparina 5.000UI/0,25ml - ampola 0,25ml OU Varfarina 5mg
Para tratamento de TVP (em acompanhamento pelo SAD)*	Enoxaparina 40mg e 60mg OU Varfarina 5mg
Para angina instável/IAM (uso exclusivo para UPAs)	Enoxaparina 40mg e 60mg

*OBSERVAÇÃO: Pacientes em uso de heparina não fracionada em doses terapêuticas são inelegíveis para acompanhamento pelo SAD.

Não se sabe por quanto tempo os pacientes permanecem hipercoaguláveis após COVID-19 agudo, portanto, uma nova avaliação deve ser considerada em caso de encurtamento respiratório pelo risco de embolia pulmonar (BELO HORIZONTE, 2020).

Fluxo na Rede SUS-BH

- Caso o usuário internado em hospital ou UPA (Unidade de Pronto Atendimento) necessite de tratamento e acompanhamento da anticoagulação e estiver apresentando estabilidade hemodinâmica, comunicar à equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) sobre o caso para avaliação da possibilidade de continuidade do tratamento a nível domiciliar.
- Se o usuário atender aos critérios de elegibilidade do SAD e houver a liberação de heparina de baixo peso molecular – enoxaparina (subcutânea) - pela farmácia da UPA, o usuário será admitido em uma EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e fará o seguimento até que a faixa terapêutica de anticoagulação seja alcançada, com transição para o uso da varfarina.
- Ao ser alcançada a meta de anticoagulação, o SAD encaminhará o usuário ao ambulatório ou clínica de anticoagulação de referência, de acordo com seu endereço residencial, conforme estabelecido no Protocolo da Rede Municipal de Anticoagulação disponível no site da PBH (BELO HORIZONTE, 2021).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

I26: Embolia pulmonar.

I74: Embolias e trombozes arteriais.

I82: Embolia e outras trombozes.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.4 DISAUTONOMIA

A disautonomia, prejuízo no funcionamento fisiológico do sistema nervoso autônomo, pode ser relacionada à perturbação mediada por vírus ou secundária à resposta imune. O sintoma mais prevalente que sinaliza a disautonomia é a intolerância ortostática, percebida pela dificuldade de ficar muito tempo em pé sem sentir tontura, palpitação ou mal-estar. Esse quadro pós-COVID pode aparecer de forma transitória ou permanente (DANI *et al.*, 2021).

As síndromes de intolerância ortostática incluem Hipotensão Ortostática (HO), Síncope Vasovagal (SVV) e Síndrome de Taquicardia Ortostática Postural (POTS). A fisiopatologia relaciona-se a uma resposta autonômica anormal à ortostase (posição em pé) (DANI *et al.*, 2021).

A liberação de epinefrina e norepinefrina causa taquicardia pronunciada, que é sentida como palpitações, falta de ar e dor no peito (sintomas comuns de 'COVID longo'). Níveis muito altos de catecolaminas podem levar à vasodilatação paradoxal, retirada da atividade simpática e ativação do nervo vago, resultando em hipotensão, tontura e, em última instância, síncope (DANI *et al.*, 2021).

Essas síndromes podem ser exacerbadas por hipovolemia resultante da infecção inicial ou devido ao descondiçãoamento por repouso no leito.

Os exames cardiovascular, respiratório e neurológico com sinais vitais e oximetria de pulso são essenciais. Eletrocardiograma, exames de sangue e imagens devem ser considerados para identificar outros diagnósticos subjacentes importantes, como pneumonia em organização, embolia pulmonar e miocardite (DANI *et al.*, 2021).

Um teste ativo deve ser realizado, medindo a PA e a FC após 5 minutos deitado em decúbito dorsal e, a seguir, 3 minutos após ficar em pé. Os possíveis quadros anormais são (DANI *et al.*, 2021):

- HO: queda de > 20 mmHg sistólica e > 10 mmHg diastólica após 3 minutos em pé.
- POTS: aumento na FC de 30 batimentos por minuto (bpm) ou mais quando em pé por mais de 30 segundos, ou 40 bpm ou mais naqueles com idade entre 12-19 anos.

Para complementar o diagnóstico, pode ser útil a realização do teste de inclinação (*tilt test*).

Para gerenciamento de sintomas de intolerância ortostática, as principais medidas são (DANI *et al.*, 2021):

- Educação para compreensão e autogerenciamento dos sintomas.
- Exercícios físicos orientados mesclando aeróbicos e de resistência, fortalecendo panturrilhas e abdome para melhora do retorno venoso; bicicleta e natação são indicados.
- Garantir a reposição efetiva de líquidos (2–3 litros de água por dia) e garantir uma a duas colheres de chá de suplementação de sal por dia, ajuda a manter o volume plasmático e evitar a hipovolemia.
- Evitar fatores de exacerbação: levantar-se cautelosamente de uma posição deitada ou sentada, evitar ficar em pé por muito tempo ou ambientes quentes ou desidratação. Evitar consumo de cafeína e álcool.

Algumas pessoas poderão precisar de tratamento medicamentoso caso não respondam às medidas acima, sendo assim, sugerimos encaminhamento para avaliação especializada com o cardiologista.

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

G90.8: Outros transtornos do sistema nervoso autônomo.

G90.9: Transtorno não especificado do sistema nervoso autônomo.

G90: Transtornos do sistema nervoso autônomo.

G99.1: Outros transtornos do sistema nervoso autônomo em doenças classificadas em outra parte.

I47.9: Taquicardia paroxística não especificada.

I47: Taquicardia paroxística.

I95.1: Hipotensão ortostática.

R00.0: Taquicardia não especificada.

R55: Síncope e colapso.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.5 DISFUNÇÕES DO SISTEMA NEUROMUSCULOESQUELÉTICO

Nas primeiras semanas após o diagnóstico, os pacientes geralmente apresentam prejuízo significativo em relação a mobilidade, função respiratória, força muscular e função física geral. O descondicionamento é levantado como uma preocupação em vários estudos, especialmente para pacientes que necessitam de hospitalização prolongada ou auto isolamento. Outros estudos também relataram miopatia persistente e neuropatia como uma questão clínica importante (HITCH *et al.*, 2020).

As manifestações neuromusculares secundárias à COVID-19 descritas incluem (PALIWAL *et al.*, 2020; NATHANIEL *et al.* 2020; RAMANI *et al.*, 2021):

- Hiposmia.
- Anosmia.
- Ageusia.
- Oftalmoparesia.
- Paresia facial.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Neuropatia simétrica.
- Miopatia de doença crítica e neuropatia.
- Mialgia.
- Artralgia.
- Miosite.
- Rabdomiólise.

Os sintomas musculoesqueléticos mais comuns incluem (PALIWAL *et al.*, 2020; NATHANIEL *et al.* 2020; RAMANI *et al.*, 2021):

- Fadiga.
- Mialgia (variação de 11 a 50% dos casos) e
- Artralgia.

Mecanismos de envolvimento do sistema musculoesquelético na COVID-19 não são totalmente compreendidos. É hipotetizado que relatos crescentes de complicações neuromusculares e reumatológicas, estão relacionados tanto pela ação do vírus quanto pela resposta inflamatória do indivíduo e ainda pelo tratamento e imobilidade decorrente da hospitalização prolongada (PALIWAL *et al.*, 2020; NATHANIEL *et al.*, 2020; RAMANI *et al.*, 2021). Assim, a infecção por SARS pode causar déficits na força e resistência muscular, além do descondicionamento físico (NATHANIEL *et al.* 2020).

Existem poucas informações atuais sobre complicações ósseas e articulares da COVID-19. A doença crítica do indivíduo, o tratamento com corticosteróides em altas doses e a coagulopatia induzida pelo vírus podem contribuir para o desenvolvimento de osteoporose e osteonecrose (DISSER *et al.*, 2020).

A Miopatia de doença crítica é uma doença primária miopática, com achados de imagem não específicos de edema multifocal, edema muscular e atrofia. A apresentação clínica inclui fraqueza simétrica e generalizada ou aguda, como a tetraplegia flácida. A polineuropatia de doença crítica é uma polineuropatia axonal sensório-motora simétrica, que ocorre em pacientes com hospitalização prolongada e foi relatada em associação com COVID-19 e a permanência na UTI. A neuropatia periférica no contexto de COVID-19 também tem sido relatada; alguns relatos de casos de Síndrome de Guillain-Barré foram publicados, com sintomas emergentes 3-4 semanas após o início dos sintomas de COVID-19 (PALIWAL *et al.*, 2020; KEYHANIAN *et al.*, 2020; RAMANI *et al.*, 2021).

A disfunção do músculo diafragma também pode ocorrer devido a miopatia de doença crítica, pelo uso de ventilador mecânico ou lesão do nervo frênico, possivelmente devido à colocação de dispositivos de suporte torácico. A Disfunção do diafragma pode levar à deterioração do estado respiratório e/ou dificuldade no desmame da ventilação mecânica (RAMANI *et al.*, 2021).

Em relação às sequelas musculares de longo prazo, são relatadas a sarcopenia e caquexia que foram descritas em pacientes acometidos COVID-19 prolongada. Sarcopenia é definida como perda muscular, normalmente associada com o envelhecimento, embora outros fatores contribuintes incluam a inatividade e má nutrição. A caquexia acarreta perda de massa muscular secundária à doença crônica (PALIWAL *et al.*, 2020).

Programas de reabilitação têm demonstrado serem benéficos para pacientes com COVID-19 com melhora na recuperação funcional e na capacidade cardiorrespiratória, além de diminuir a fadiga e aumentar a força muscular (NATHANIEL *et al.*, 2020).

CID 10

- B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.
B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.
G51.8: Outros transtornos do nervo facial.
G51.9: Transtorno não especificado do nervo facial.
G51: Transtornos do nervo facial.
G58.8: Outras mononeuropatias especificadas.
G58.9: Mononeuropatia não especificada.
G58: Outras mononeuropatias.
G59.8: Outras mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte.
G61.0: Síndrome de Guillain-Barré.
G61.8: Outras polineuropatias inflamatórias.
G61.9: Polineuropatia inflamatória não especificada.
G61: Polineuropatia inflamatória.
G62.8: Outras polineuropatias especificadas.
G62.9: Polineuropatia não especificada.
G62: Outras polineuropatias.
G63.0: Polineuropatia em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte.
G63: Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte.
G72.4: Miopatia inflamatória não classificada em outra parte.
G72.8: Outras miopatias especificadas.
G72.9: Miopatia não especificada.
G72: Outras miopatias.
G73.4: Miopatia em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte.
G73.7: Miopatia em outras doenças classificadas em outra parte.
M60.0: Miosite infecciosa.
M60.8: Outras miosites.
M60.9: Miosite não especificada.
M60: Miosite.
M63.2: Miosite em outras doenças infecciosas classificadas em outra parte.
M81.4: Osteoporose induzida por drogas.
M81.8: Outras osteoporoses.
M81.9: Osteoporose não especificada.
M82.8: Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M82: Osteoporose em doenças classificadas em outra parte.
R43.8: Outros distúrbios do olfato e do paladar e os não especificados.
R43: Distúrbios do olfato e do paladar.
R64: Caquexia.
U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada
U04: Síndrome respiratória aguda grave.
U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.
U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.6 MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Um amplo espectro de manifestações pulmonares é relatado em indivíduos sobreviventes da COVID-19, variando desde dispneia (com ou sem dependência crônica de oxigênio) a dano fibrótico pulmonar (NALBANDIAN *et al.*, 2021).

Resumidamente, em relação ao acometimento pulmonar podemos citar: redução da capacidade de difusão, fisiologia pulmonar restritiva, alterações no exame de imagem como opacidades em vidro fosco e alterações fibróticas (NALBANDIAN *et al.*, 2021).

Prevalência dos principais sintomas respiratórios, a partir da fase pós-aguda da COVID-19 (GREENHALGH *et al.*, 2020):

- Dispneia: 10 a 71%.
- Dor torácica ou sensação de aperto: 12 a 44%.
- Tosse: 17 a 26%.

Muitas vezes, os pacientes mais graves necessitam de suporte respiratório que pode variar desde oxigenoterapia até ventilação mecânica invasiva prolongada (THE FACULTY OF INTENSIVE CARE MEDICINE, 2020). Vários estudos sugerem que esses pacientes, com quadros mais graves que necessitaram de alto fluxo de oxigênio por cateter nasal e ventilação mecânica não invasiva ou invasiva, têm risco aumentado de desenvolver sequelas duradouras, incluindo redução da capacidade de difusão e fibrose pulmonar (NALBANDIAN *et al.*, 2021). Além disso, com a internação prolongada os pacientes podem ainda cursar com sérios prejuízos sistêmicos (THE FACULTY OF INTENSIVE CARE MEDICINE, 2020).

Em relação aos acometimentos no sistema respiratório, os profissionais de saúde devem atentar-se os para sinais e sintomas de gravidade, como falta de ar ou dificuldade respiratória, presença de ronco, retração sub/intercostal severa, cianose central, saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente e taquipneia (Frequência Respiratória (FR) >30 irpm) (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Diretrizes da *British Thoracic Society* recomendam (BTS, 2020):

- Avaliação clínica presencial de todos os pacientes que tiveram acometimento pulmonar na fase aguda, com realização de radiografia do tórax, após 12 semanas do início da infecção. Essa avaliação deve ocorrer preferencialmente na APS.
- Dependendo dessa avaliação clínica, o paciente poderá ser encaminhado para a realização de testes funcionais (ex. espirometria) e de imagem (tomografia computadorizada de tórax, angiotomografia, ecocardiograma).
- Para os pacientes que tiveram formas graves de comprometimento respiratório (pneumonia grave, necessidade de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo), para os idosos ou aqueles que tenham comorbidades, recomenda-se uma reavaliação presencial mais precoce com radiografia do tórax: 4 - 6 semanas após o início da infecção.

O Fluxo para Dispensação de Oxigenoterapia Domiciliar encontra-se no ANEXO 3 deste documento.

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

J12.8: Outras pneumonias virais.

R05: Tosse.

R06.0: Dispneia.

R06.2: Respiração ofegante

R07.1: Dor torácica ao respirar.

R07.3: Outra dor torácica.

R07.4: Dor torácica não especificada.

R91: Achados anormais, de exames para diagnóstico por imagem, do pulmão.

R94.2: Resultados anormais de estudos da função pulmonar.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.6.1 TOSSE

A tosse constitui um sintoma de várias patologias, pulmonares e extrapulmonares, sendo assim muito comum e conseqüentemente levando a uma grande procura por atendimento médico. Tosse crônica é aquela que persiste além de 8 (oito) semanas (*British Thoracic Society*). É um importante reflexo de proteção das vias aéreas.

Recomenda-se avaliar acerca da sua efetividade e presença de expectoração e não somente a presença ou não do sintoma. Ainda, é importante avaliar se o paciente consegue realizar todas as etapas da tosse (inspiração profunda, fechamento da glote, fase de explosão com abertura da glote e elevação do diafragma) (MACHADO, 2018).

Até este momento, exceto se houver sinais de superinfecção ou outras complicações como dor e inflamação pleural, a tosse parece ser mais bem tratada com medicação, quando indicada, (como inibidores da bomba de prótons, se houver suspeita de refluxo) e, nos casos de pacientes hipersecretivos, com técnicas de remoção de secreção (GREENHALGH *et al.*, 2020).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

R05: Tosse.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.6.2 DISPNEIA

A dispneia refere-se à percepção subjetiva do aumento do esforço respiratório. Algum grau de dispneia é comum após a COVID-19 aguda. Falta de ar intensa é rara em pacientes que não foram hospitalizados e pode exigir encaminhamento urgente. É considerado o sintoma persistente mais comum de 60 a 100 dias após-COVID-19 aguda com prevalência de 42 - 66% (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

Sugere-se a utilização da Escala de Dispneia do Medical Research Council modificada (mMRC) para qualificar e quantificar a dispneia, bem como acompanhar a evolução (ANEXO 4).

Os sobreviventes da SRAG em COVID-19, estão em risco de comprometimento de longo prazo da função pulmonar. Doença intersticial pulmonar séria parece ser rara em pacientes que não são hipóxicos, embora os dados sobre os resultados de longo prazo ainda não estejam disponíveis (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Recomendações para uso do Oxímetro (GREENHALGH *et al.*, 2020)

Oxímetros de pulso podem ser extremamente úteis para avaliar e monitorar sintomas respiratórios e não foram encontradas evidências de que seu uso em casa leve a aumento da ansiedade.

- Recomenda-se a leitura diária feita em um dedo limpo e quente, sem esmalte de unha, após repouso de 20 minutos. O dispositivo deve alcançar estabilização e a leitura mais alta obtida deve ser registrada.
- Os intervalos de ondas de saturação de oxigênio disponíveis comercialmente parecem funcionar dentro dos limites normais (92% e acima).
 - Atenção: aplicativos de smartphone que visam medir a saturação de oxigênio com o uso da câmera e da luz do telefone não devem ser usados.
- A faixa-alvo para saturação de oxigênio deve ficar entre 94-98%, segundo a *British Thoracic Society*.
 - Um nível de 92% ou abaixo sugere a necessidade de oxigênio suplementar, a menos que o paciente tenha afecção respiratória crônica.

Uso de oximetria de pulso em COVID-19 pós-agudo

A hipóxia pode refletir a difusão de oxigênio prejudicada e é uma característica reconhecida de COVID-19. Pode ser assintomática (a chamada hipóxia silenciosa) ou sintomática (refletindo aumento do trabalho respiratório ou patologia secundária, como pneumonia bacteriana ou tromboembolismo). Recomenda-se:

- O automonitoramento das saturações de oxigênio ao longo de 3 (três) a 5 (cinco) dias, para a avaliação de pacientes com dispneia persistente na fase pós-aguda, especialmente aqueles nos quais as linhas de base das saturações são normais e nenhuma outra causa para dispneia for encontrada após avaliação completa.
- Antes de iniciar a reabilitação e na ausência de contraindicações, deve-se considerar a realização de um teste de dessaturação, acompanhado por profissional qualificado, na avaliação inicial de pacientes.
 - Uma queda de 3% na leitura de saturação com esforço leve é considerada anormal e requer investigação.
- No contexto de uma avaliação normal (história, exame e investigações apropriadas) sem bandeiras vermelhas, uma saturação de oxigênio de 96% ou acima e a ausência de dessaturação durante o teste são tranquilizantes. Investigação ou encaminhamento nas primeiras 6 (seis) semanas após-COVID-19 em tais pacientes raramente é indicado, embora o suporte regular por telefone ou vídeo provavelmente seja interessante.
- Se oximetria persistente na faixa de 94-95% ou abaixo, é indicado investigação.
 - Ajustes apropriados devem ser feitos para pacientes com doença pulmonar e hipóxia conhecida - nos quais o intervalo de 88-92% é considerado aceitável.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os casos leves da COVID-19 podem ser interpretados como uma infecção não complicada que envolve o trato respiratório superior, expressa por sintomas inespecíficos como febre, fadiga, tosse (com produção ou não de secreções), inapetência, mal-estar, miastenia, congestão nasal, anosmia, dor na garganta e cefaleia.

Em relação ao manejo do paciente com sintomas leves, evidências sugerem que pessoas com tempo de diagnóstico de COVID-19 igual ou menor que sete dias e/ou tempo entre o início dos sintomas e o surgimento de dispneia leve igual ou menor que três dias, apresentam chance de evolução rápida para estados mais graves, devendo os profissionais de saúde estarem atentos.

Nos casos leves, os pacientes também devem receber atenção dos serviços de APS, utilizando-se de estratégias de suporte e bem-estar (como repouso, hidratação e alimentação adequadas), isolamento domiciliar e monitoramento. Recomenda-se para estes indivíduos que se mantenham funcionais, realizando suas atividades de vida diária (AVD), ainda que com adaptações e evitem permanecer muito tempo do dia em atividades e/ou posturas sedentárias (ASSOBRAFIR, 2020).

RECURSOS ADICIONAIS

Vídeo da OMS, abordando os cuidados aos pacientes no domicílio e o uso do oxímetro digital para monitoramento (vídeo em inglês).

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-37---treatment-and-care-at-home>



CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

J80: Síndrome do desconforto respiratório do adulto.

J84.1: Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose.

J96.0: Insuficiência respiratória aguda.

J96.1: Insuficiência respiratória crônica.

J96.9: Insuficiência respiratória não especificada.

R06.0: Dispneia.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.6.3 REABILITAÇÃO PULMONAR - RP

O comprometimento do sistema respiratório é bastante preocupante na COVID-19 e, assim, exige uma abordagem específica, resolutiva e em tempo oportuno. A maioria dos pacientes se recupera espontaneamente nas primeiras 6 (seis) semanas pós-COVID-19 aguda e, geralmente, não requerem entrada rápida em um programa de reabilitação pulmonar (RP).

Conforme definido pela *American Thoracic Society e European Respiratory Society* “a RP é uma intervenção abrangente baseada em uma avaliação completa do paciente, seguida por terapias personalizadas que incluem, mas não se limitam, ao treinamento físico, educação e mudança de comportamento, destinada a melhorar a condição física e psicológica das pessoas com doença respiratória crônica e promover a adesão a longo prazo a comportamentos que aprimoram a saúde”.

A RP tem como benefícios a melhora da tolerância aos exercícios físicos, redução da fadiga e dispnéia, reduz a readmissão hospitalar, reduz o número de exacerbações do quadro respiratório, aumenta a capacidade funcional e melhora a QV em indivíduos com doenças respiratórias, mesmo em aqueles com anormalidades irreversíveis da arquitetura pulmonar (ATS/ERS GUIDELINE, 2013; BTS GUIDELINE, 2013; BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

Os programas de RP podem ser ministrados em um ambiente hospitalar, ambulatorial no Centro de Referência em Reabilitação (CREAB), na APS com participação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e EMAP/SAD ou mesmo supervisionado remotamente.

O treinamento físico é considerado a base da RP e incluído em 76% a 100% dos programas internacionais (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

- Inicialmente devem ser considerados exercícios de baixa intensidade particularmente para pacientes que necessitavam de oxigenoterapia, com aumento gradual baseando-se nos sintomas do indivíduo (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
- É recomendado o monitoramento da FC, oximetria de pulso e pressão arterial durante a atividade (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
- Ainda se recomenda a monitorização da sensação de cansaço e falta de ar por meio da Escala de Borg Modificada CR10 (ANEXO 2), tomado como uma referência para segurança nos exercícios:
 - Para os membros superiores deve-se trabalhar na faixa de 2 a 3 (AUSTRALIAN PULMONARY REHABILITATION TOOLKIT) e
 - Para os membros inferiores de 3 a 6 (ATS/ERS GUIDELINE, 2013; BTS GUIDELINE, 2013).

4.7 MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES

Os sintomas e sinais de doença cardíaca em um paciente com COVID-19 podem resultar de um processo de doença aguda, de demandas hemodinâmicas no contexto de doença cardíaca crônica preexistente ou podem ser causados por uma exacerbação aguda de doença crônica (GREENHALGH *et al.*, 2020).

A infecção por COVID-19 está associada a um processo inflamatório sistêmico intenso, associado à inflamação vascular e que pode resultar em diversas complicações cardiopulmonares como TVP e TEP. A inflamação no miocárdio pode resultar em miocardite, insuficiência cardíaca, arritmias, síndrome coronariana aguda, deterioração rápida e morte súbita. Os pacientes com comorbidades preexistentes ou fatores de risco sabidamente possuem chance aumentada de complicações e morte. A prevalência dessas complicações em casos mais leves de COVID 19 (ambulatoriais e não hospitalizados) é provavelmente menor (MADJID *et al.*, 2020).

- Um estudo observou que possivelmente cerca de 20% dos pacientes hospitalizados com COVID-19 podem ter envolvimento cardíaco significativo e o envolvimento oculto pode ser ainda mais comum. Eles são mais comuns em pacientes com doença cardiovascular, mas também foram descritos em pacientes jovens, previamente ativos. Vários mecanismos fisiopatológicos foram propostos, incluindo infiltração viral, inflamação e microtrombos e regulação negativa de receptores ECA2 (Enzima Conversora de Angiotensina) (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Pacientes com doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade e diabetes apresentam risco aumentado de mau prognóstico.
- Pacientes com lesão miocárdica, independentemente da causa, apresentam pior prognóstico. As causas de lesão miocárdica em pacientes com COVID-19 incluem:
 - Miocardite.
 - Lesão hipóxica.
 - Cardiomiopatia de estresse (Takotsubo).
 - Lesão isquêmica causada por disfunção microvascular cardíaca.
 - Vasculite cardíaca de pequenos vasos.
 - Endotelite ou doença arterial coronariana epicárdica (com ruptura de placa ou isquemia de demanda).
 - Tensão do coração direito (cor pulmonale aguda, com causas que incluem embolia pulmonar, Síndrome da dificuldade respiratória do adulto e pneumonia).
 - Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (tempestade de citocinas) (UPTODATE, 2021).
- Uma minoria de pacientes com COVID-19 apresenta sintomas que podem sugerir doença cardíaca (como palpitações ou dor no peito). Esses sintomas podem ou não ser acompanhados por sintomas anteriores ou simultâneos típicos da infecção por COVID-19. Sintomas como dispneia e dor no peito podem ser causados por etiologia não cardíacas e/ou cardíacas (MADJID *et al.*, 2020).
- A maioria dos pacientes com COVID-19 com anormalidades nos testes cardíacos têm sintomas típicos de COVID-19, incluindo: tosse, febre, mialgia, cefaleia, dispneia (UPTODATE, 2021).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

I21: Infarto agudo do miocárdio.

I24: Outras doenças isquêmicas agudas do coração.

I41.1: Miocardite em doenças virais classificadas em outra parte.

I49 a I49.3: Outras arritmias cardíacas.

I50.9: Insuficiência cardíaca não especificada.

I82.9: Embolia e trombose venosas de veia não especificada.

R002: Palpitações.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.7.1 DISFUNÇÃO VENTRICULAR

Disfunção sistólica ventricular esquerda e insuficiência cardíaca pós-COVID-19 devem ser tratadas e acompanhadas de acordo com as diretrizes padrão destas alterações (NICE, 2018).

- As sequelas cardíacas devem ser consideradas em todos os pacientes pós-COVID-19 independentemente da gravidade e todos os pacientes devem ser avaliados quanto a possíveis sintomas cardíacos, sintomas de recuperação e potenciais disfunções (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
- Dependendo da avaliação inicial do paciente e dos sintomas, deve haver encaminhamento para uma avaliação especializada e mais investigações podem ser incluídas como: exames laboratoriais, ECG, ECG de 24 horas (Holter), ecocardiograma, ressonância cardíaca ou teste de esforço (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
 - Um período de repouso pós-infecção, dependendo dos sintomas e das complicações, reduzirá o risco de insuficiência cardíaca secundária à miocardite (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
 - Intenso exercício cardiovascular deve ser evitado durante 3 (três) meses naqueles pacientes diagnosticados com miocardite ou pericardite após resolução dos sintomas (BARKER- DAVIES *et al.*, 2020).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

I.50.1: Insuficiência ventricular esquerda.

I.50: Insuficiência cardíaca.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.7.2 DOR NO PEITO

A dor torácica é comum na pós-COVID-19. A prioridade clínica é separar dores musculoesqueléticas e outras dores no peito não específicas de doenças cardiovasculares graves.

A avaliação clínica do paciente pós-COVID-19 com dor no peito deve seguir os princípios de qualquer dor no peito: obter uma história cuidadosa, levando em consideração o histórico médico anterior e os fatores de risco, exame físico e laboratorial (UPTODATE, 2021).

- Todos os pacientes devem ter medição de sinais vitais e saturação de oxigênio.
- Pacientes com sinais vitais instáveis devem ser avaliados com urgência por um médico.
 - Se os sintomas forem sugestivos de dissecação da aorta (dor aguda no peito e nas costas que é intensa, com qualidade de rasgo ou laceração), a pressão arterial deve ser obtida em ambos os braços.
 - Se houver suspeita de pericardite, com base na dor torácica pleurítica e no alívio ao sentar-se para frente, o pulso paradoxal deve ser avaliado.
- Quando o paciente piorar agudamente ou manifestar sinais de alerta, encaminhar ao serviço de urgência.
- Para acompanhamento e esclarecimento diagnóstico de casos duvidosos, encaminhar ao especialista (UPTODATE, 2021).
- Diagnósticos diferenciais (MADJID *et al.*, 2020):
 - Síndrome coronariana aguda.
 - Dissecação da aorta.
 - Embolia pulmonar.
 - Pneumotórax hipertensivo.
 - Ruptura esofágica, perfuração.
 - Tamponamento cardíaco.
 - Arritmias.
 - Sintomas gastrointestinais.
 - Disfunções musculoesqueléticas.

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

R07.2: Dor precordial.

R07.3: Outra dor torácica.

R07.4: Dor torácica, não especificada.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus; U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.8 MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS

As complicações neurológicas estão associadas ao acometimento viral do sistema nervoso central, com uma resposta inflamatória exacerbada, concomitante às alterações do padrão imunológico do paciente. O acometimento do sistema nervoso periférico também tem sido descrito.

Os sintomas mais comuns são:

- Perda ou alteração de memória.
- Perda ou dificuldade de concentração.
- Perda de função executiva.

Os sintomas neurológicos podem ser divididos em três grupos:

1. Acometimento do sistema nervoso central:

- Cefaleia, tontura, alterações da consciência, doença cerebrovascular aguda, epilepsia, encefalite e encefalopatia, mielite transversa pós-infecciosa.
- Alterações cognitivas são também descritas em pacientes hospitalizados, sobretudo naqueles que estiveram na terapia intensiva.

2. Acometimento do sistema neurológico periférico:

- Hipogêusia, ageusia, disgeusia, hiposmia, anosmia, dores neuropáticas.
- As prevalências dos distúrbios olfativos e gustativos variam bastante entre diferentes publicações. Um trabalho multicêntrico europeu mostrou acometimento olfatório e gustativo em 85,6 e 88% dos pacientes, respectivamente (LECHIEN, J. R.; *et al.* 2020). Já uma meta-análise sobre distúrbios olfatórios com 27.492 pacientes mostrou uma prevalência agregada de 47,85% (SANIASIAYA, J.; *et al.* 2021). Esses sintomas podem persistir como uma sequela após quadro agudo.

3. Sintomas musculoesqueléticos (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020):

- AVC isquêmico, convulsões, encefalite e neuropatias de pares cranianos foram descritos pós-COVID-19, mas todos parecem ser raros.

Manejo:

- Pesquisar a presença de sintomas neurológicos em todos os usuários, seja na fase aguda ou tardia da COVID-19.
- A presença de alterações agudas do olfato e/ou paladar deve elevar a suspeita clínica para o diagnóstico de COVID-19.
- Lembrar que a anosmia e disgeusia podem ocasionar considerável perda da qualidade de vida (COELHO DH, *et al*, 2021), além de poderem causar riscos à segurança dos pacientes em algumas situações (ex.: incapacidade de sentir cheiro de fumaça, ingestão de alimentos deteriorados).
- Até que surja uma orientação baseada em evidências sobre como gerenciar ou quando realizar encaminhamento em caso desses sintomas, recomendamos uma gestão de suporte e monitoramento de sintomas na APS.
- Sintomas leves ou não, ligados a diagnósticos neurológicos graves, devem ser manejados na APS. Sintomas que apontem para a possibilidade de quadros neurológicos mais graves devem ser investigados na APS em conjunto com a Atenção Especializada.
- Em caso de suspeita dessas complicações graves, deve ser realizado encaminhamento para um neurologista.
- Alguns sintomas frequentes, tais como: tontura, anosmia, disgeusia, sensação de cabeça leve e cefaleia, podem persistir por semanas mas, na maioria dos casos, parecem se resolver espontaneamente. Medicação sintomática pode ser oferecida nesses casos. A orientação e a tranquilização dos usuários de que a maioria destes sintomas leves a moderados se resolvem após algumas semanas, são importantes para reduzir a ansiedade. Em relação à anosmia, disgeusia e tontura, o fonoaudiólogo do NASF-AB pode auxiliar e, se necessário, encaminhar para a rede especializada em reabilitação (BARKER-DAVIES, R. M.; *et al*. 2020).
- Sintomas moderados a severos e sequelas de longo prazo (AVE, mielite, etc.), que impactam significativamente a vida dos usuários acometidos, devem ser tratados pela equipe multidisciplinar (BARKER-DAVIES, R. M.; *et al*. 2020).

CID 10

A86: Encefalite.

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

G0.51: Encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte.

I64: Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico.

R56.8: Outras convulsões e as não especificadas.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.9 MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS MAIS FREQUENTES

4.9.1 ALOPECIA

Há relatos de alopecia em alguns pacientes em processo de recuperação de COVID-19 (XIONG *et al.*, 2021). Deve ser tratada de maneira semelhante aos pacientes não COVID-19 e avaliado o estado nutricional por ser fator que pode contribuir para tal alopecia.

- O Eflúvio Telógeno é caracterizado por uma perda capilar difusa que ocorre de 2 a 3 meses do agente desencadeante estressor (MIECZKOWSKA *et al.*, 2020; OLDS *et al.*, 2021).
- Na ausência de sinais e sintomas de outras causas de perda dos cabelos como doenças autoimunes, deficiências vitamínicas e anormalidades hormonais, a maioria se recupera uma vez que o eflúvio telógeno é uma condição autolimitada (MIECZKOWSKA *et al.*, 2020).
- Em média, a queda dos cabelos se inicia 50 dias após o primeiro sintoma da infecção por COVID19, cerca de 80% desses pacientes foram tratados com antibióticos, corticóides sistêmicos e/ou hidroxicloroquina e 70% estiveram hospitalizados (OLDS *et al.*, 2021).
- Pode haver um aumento no stress devido à própria pandemia e este pode ser uma fonte do aumento da incidência do eflúvio telógeno (OLDS *et al.*, 2021).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

L65: Outras formas não cicatriciais da perda de cabelos ou pelos.

L65.0: Eflúvio Telógeno.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus; U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.9.2 LESÃO POR PRESSÃO

Em pacientes submetidos ao tratamento em UTIs há um risco aumentado do desenvolvimento de úlceras por pressão, inclusive pelo posicionamento em pronação.

- Deve-se promover uma inspeção cuidadosa das áreas de pressão e proteger a pele com cremes emolientes e de barreira, além de reduzir a pressão nas superfícies (DARLENSKI e TSANKOV, 2020).
- O enfermeiro, juntamente com os demais da equipe multiprofissional, deverá avaliar as lesões e o usuário como um todo, para definição do tratamento e medidas preventivas, em conformidade com o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas (BELO HORIZONTE, 2011).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

L.89: Úlcera de decúbito.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.10 MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINO METABÓLICAS

- Foram observadas deficiências na função imunológica, causadas pela hiperglicemia crônica do paciente com diabetes mellitus (DM) acometidos pela COVID-19.
 - 42,3% dos desfechos de fatalidade observados em Wuhan foram em pessoas com DM (PUIG-DOMINGO, MARAZUELA e GIUSTINA, 2020).
 - O mecanismo subjacente não é claro e está provavelmente relacionado a diversas interações devidas ao papel do ECA2, aos déficits da função imune inata e à propensão à gravidade da doença relacionadas à DM, à saúde cardiovascular e à idade (BORNSTEIN *et al.*, 2020).
 - Potencialmente, a expressão de ECA2 em células β pancreáticas pode levar a danos, deficiência de insulina e diabetogênese (BORNSTEIN *et al.*, 2020).
 - Deve-se realizar um melhor monitoramento da glicemia, hidratação, alimentação regular e ajustes na administração da insulina conforme necessidade, além de prescrição de outras medicações para a pessoa com DM acometida pela COVID-19 (BORNSTEIN *et al.*, 2020).
 - Na fase pós-aguda deve ser realizado um screening endocrinológico para incluir o diagnóstico de DM:
 - Pacientes com DM, não usuários de insulina, podem se tornar dependentes de insulina.
 - Pacientes com DM, usuários de insulina, podem desenvolver um aumento na necessidade de insulina.
 - Raramente, alguns pacientes desenvolvem DM (RUBINO *et al.*, 2020)
- Estudos demonstram diminuição da densidade mineral óssea (DMO) em pacientes com doença crítica (ORFORD *et al.*, 2016, 2017).
 - A imobilização prolongada é um fator de risco para diminuição da DMO (EL MAGHRAOUI e ROUX, 2020).
 - É importante questionarmos aos pacientes sobre dor ortopédica (por exemplo, de fratura vertebral) e avaliarmos seu risco para o desenvolvimento de osteoporose (por exemplo, comorbidades, estado de pós-menopausa, tabagismo, uso de glicocorticoide) (UPTODATE, 2021).

- Há relatos de tireoidite subaguda de origem viral ou pós-viral em pacientes com COVID-19 que necessitam de cuidados intensivos (MULLER *et al.*, 2020; BRANCATELLA *et al.*, 2020).
- Considerar diagnóstico de insuficiência adrenal em pacientes com fadiga, mialgia, ortostase, diminuição do apetite, náuseas e perda de peso principalmente em pacientes que receberam corticosteróides durante a hospitalização (UPTODATE, 2021).

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

E06.1: Tireoidite subaguda.

E10: Diabetes Mellitus Insulino-dependente.

E11: Diabetes Mellitus Não-insulino-dependente.

E12: Diabetes Mellitus Relacionado com a Desnutrição.

E13: Outros Tipos Especificados de Diabetes Mellitus.

E14: Diabetes Mellitus Não Especificado.

E27.3: Insuficiência adrenocortical induzida por drogas.

E27.4: Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.11 ESPECIFICIDADES NA SAÚDE MENTAL

A pandemia, além dos riscos sanitários e dos impactos psíquicos, impõe perdas econômicas e sociais que alcançam todos os segmentos populacionais, em especial aqueles em maior situação de vulnerabilidade social. A evolução ou não da experiência de sofrimento agudo para um possível transtorno mental depende de múltiplos fatores, tais como características intrínsecas do indivíduo e de condições externas (NOAL e DAMÁSIO, 2020).

Assim, a exposição à pandemia COVID-19 não é o único agente etiológico e os desfechos em saúde mental são multicausais (NOAL e DAMÁSIO, 2020). Os indícios a serem avaliados são: frequência, duração e intensidade dos sintomas e comprometimento da funcionalidade.

- Foram relatadas a ocorrência de (GREENHALGH *et al.*, 2020):
 - Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): 24%, após internação.
 - Ansiedade: 22%, após internação em UTI.
 - Depressão: 22%, após internação em UTI.

- Insônia.
- Piora na qualidade de vida.
- A maioria das publicações sobre COVID-19 e saúde mental enfatizou reações individuais à pandemia, como ansiedade, estresse e condições relacionadas a rotinas interrompidas, solidão e isolamento em indivíduos não infectados (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Relatos sugerem que COVID-19 pós-agudo é frequentemente associado a rebaixamento do humor, desesperança, ansiedade elevada e insônia (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Pode ocorrer transtorno de estresse pós-traumático, especialmente em profissionais da área de saúde e outros envolvidos no cuidado (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- As manifestações físicas de COVID-19, podem distorcer as respostas às ferramentas de avaliação projetadas para medir a ansiedade e depressão em uma população fisicamente saudável, embora estas complicações possam ocorrer (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Os transtornos mentais estão fortemente associados aos fatores socioeconômicos, como pobreza, discriminação e exclusão social, também relacionados a maior impacto das medidas de isolamento social (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Saúde mental e bem-estar são reforçados pelo apoio social informal, ajuda mútua e medidas coletivas da comunidade (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Para maiores informações, ver item 5.2.4.

CID 10

B34.2: Infecção por coronavírus, não especificada.

B97.2: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

F43.1: Transtorno de estresse pós-traumático.

F41: Outros transtornos ansiosos.

F41.0: Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica).

F41.1: Ansiedade generalizada.

F41.2: Transtorno misto ansioso e depressivo.

F41.3: Outros transtornos ansiosos mistos.

F41.8: Outros transtornos ansiosos especificados.

F41.9: Transtorno ansioso não especificado.

G47: Distúrbios do sono.

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave, não especificada.

U04: Síndrome respiratória aguda grave.

U07.1: Infecção pelo novo coronavírus.

U07.2: COVID-19, vírus não identificado.

4.12 ESPECIFICIDADES NA PESSOA IDOSA

Os sintomas persistentes mais comuns na população idosa são (NHS, 2020, 2021):

- Dores musculares.
- Cansaço.
- Tosse.
- Dores no peito.
- Sentir-se ansioso, tenso ou choroso.
- Ter flashbacks de experiências assustadoras vividas durante a internação ou no passado.
- Alteração do sono.
- Falta de concentração e piora cognitiva.

Alguns dos medicamentos usados para tratar COVID-19 também podem causar sintomas nesta faixa etária (como dores musculares, cansaço, ansiedade ou tosse). Esses sintomas podem comprometer a realização das AVDs, tornando-as difíceis e cansativas. Por isso é importante orientar a pessoa idosa a ser paciente consigo mesma, a fazer as coisas devagar e a gradualmente construir suas rotinas.

Ainda, a COVID-19 tende a afetar pacientes mais velhos de forma mais grave (NHS, 2021):

- Aqueles que sobrevivem estão em risco de sarcopenia, desnutrição, depressão e *delirium*.
- Alguns sintomas pós-virais, como fadiga e falta de ar ou mudanças de humor e da cognição são muito comuns em pessoas idosas que precisaram de internação hospitalar.
- A dor crônica pós-COVID-19 pode afetar pacientes de qualquer idade, mas parece ser mais comum em pacientes idosos.
- Dentre as complicações da infecção grave por COVID no idoso estão: IAM; insuficiência cardíaca; arritmia cardíaca; TEP; piora da função renal; disfagia; necessidade contínua de oxigênio; fraqueza local em um braço ou perna; ansiedade, tensão ou TEPT.
- Essas condições podem exigir cuidados específicos.
- Sintomas físicos aumentam o impacto psicossocial pelo acesso interrompido a cuidados de saúde (como providências para a obtenção de medicamentos regulares), rotinas pessoais essenciais (como caminhar até o comércio local), atividades sociais e interações (como encontrar amigos).
- O suporte deve ser personalizado com acompanhamento de equipe multiprofissional (por exemplo, clínico geral, enfermeiro, assistente social, equipes de reabilitação e profissionais terapeutas, conforme necessário).

Orientar a pessoa idosa a procurar o Centro de Saúde em caso de novos sintomas, como (NHS, 2020):

- Edema de um membro superior ou inferior.
- Dor no peito.
- Tosse com sangue.

- Emagrecimento acentuado ou recusa alimentar.
- Taquicardia.
- Dores musculares.

Orientar a pessoa idosa a procurar a urgência em caso de (NHS, 2020):

- Tosse com sangue.
- Dor precordial intensa.
- Piora súbita da dispneia.

O profissional de saúde também deverá reavaliá-los se houver mudança nos sintomas se não houver melhora ou ainda em caso de perda da funcionalidade, por exemplo, com redução do perímetro de marcha em razão de dispneia.

4.13 ESPECIFICIDADES NA CRIANÇA

A COVID-19 nas crianças e adolescentes costuma ser bem mais leve do que nos adultos:

- Mais de 90% dos casos pediátricos são assintomáticos ou apresentam doença leve ou moderada.
- Menos de 10% dos casos pediátricos necessitam de internação em UTI e a taxa de mortalidade pediátrica é menor que 1% (HENDERSON *et al.*, 2021; MINAS GERAIS, 2020).

Os sintomas clínicos mais frequentes da COVID-19 pediátrica são febre e tosse, dificuldade de respirar, pressão sanguínea baixa, conjuntivite, erupções na pele, com grande prevalência de dores abdominais e alterações gastrointestinais (que ocorrem com bem menos frequência nos adultos). O lactente e o paciente imunodeprimido podem apresentar apenas febre como sintoma clínico. Dispneia é um sinal de alerta para casos graves e críticos (HENDERSON *et al.*, 2021; MINAS GERAIS, 2020).

Tem se observado o aparecimento da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, temporalmente associada à COVID-19 (SIM-P). Febre é um sintoma obrigatório, pode estar ausente em raros casos, como em pacientes imunodeprimidos ou em uso de medicação imunossupressora. A apresentação clínica desta nova síndrome pode ocorrer em formas variadas, incluindo febre e envolvimento de mais de um órgão e/ou sistema ou Doença de Kawasaki ou quadro semelhante à Síndrome do Choque Tóxico ou Síndrome de Ativação Macrofágica. Na maioria dos casos o vírus não é identificado, mas encontrado anticorpos contra ele. A doença pode ocorrer em dias ou até semanas (em média, 4 semanas) após a infecção pelo SARS-CoV-2. Muitas vezes a infecção inicial pelo SARS-CoV-2 é assintomática, não percebida pelo paciente. Como consequência deste fenômeno estas crianças e adolescentes podem desenvolver comprometimentos cardíacos sendo necessário o acompanhamento com cardiologista.

Outro aspecto importante a ser observado, é o fortalecimento das ações de monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças nascidas de mães que apresentaram COVID-19 durante a gestação. As equipes da APS, devem identificar as crianças cujas mães foram infectadas pela COVID-19 durante a gestação, realizando busca ativa se necessário. Como preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, os profissionais da APS devem realizar rigorosa vigilância do desenvolvimento destas crianças. O instrumento de Vigilância do Desenvolvimento Infantil da Caderneta de Saúde da Criança deve ser utilizado cuidadosamente em todas as consultas de puericultura. É importante que os profissionais de saúde orientem pais e/ou responsáveis quanto ao acompanhamento do desenvolvimento das crianças. É importante que os profissionais da APS verifiquem se as triagens auditiva, visual e biológica (Teste do Pezinho) foram realizadas nos neonatos e se têm resultado negativo para as doenças triadas. Além disso, devem ficar atentos aos marcos de desenvolvimento e, caso a criança não os atinja, devem realizar a triagem sistematizada de alterações do desenvolvimento e do comportamento (HENDERSON *et al.*, 2021).

4.14 ESPECIFICIDADES NAS GESTANTES

Pouco se sabe sobre a história natural da gravidez depois que uma paciente se recupera da COVID-19. No cenário de uma infecção leve, o manejo semelhante ao de um paciente em recuperação de influenza é razoável. Deve-se enfatizar que os pacientes podem descompensar após vários dias de doença aparentemente leve e as grávidas devem ser orientadas a procurar por atendimento se os sintomas piorarem, principalmente se houver dispneia (SOCIETY for MATERNAL-FETAL MEDICINE, 2021).

A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da COVID-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em UTI e ventilação mecânica (ELLINGTON *et al.*, 2020). É possível que as alterações gravídicas afetem a resposta imunológica, entretanto ainda não se tem certeza.

Observa-se no grupo de gestantes que desenvolvem a infecção COVID-19 elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (ELLINGTON *et al.*, 2020). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (ELLINGTON *et al.*, 2020; KNIGHT *et al.*, 2020). A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (KNIGHT *et al.*, 2020; PIERCE-WILLIAMS *et al.*, 2020). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (KNIGHT *et al.*, 2020). A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas.

A vigilância epidemiológica no Brasil tem reportado casos de óbitos maternos decorrentes de complicações cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos, relacionadas à COVID-19. As principais comorbidades associadas à letalidade foram obesidade, DM e doença cardiovascular, à semelhança da população geral.

Há poucos dados sobre a infecção por SARS-CoV-2 no primeiro trimestre gestacional. A hipertermia, que é frequente, pode alterar a organogênese e aumentar o risco de anomalias congênitas. Porém, até o momento não se observou aumento na frequência dessas alterações ou de abortamento espontâneo (JUAN *et al.*, 2019; YAN *et al.*, 2020).

Quanto às repercussões da COVID-19 para o feto, o aumento da prematuridade é o principal desfecho (KNIGHT *et al.*, 2020; PIERCE-WILLIAMS *et al.*, 2020). A ocorrência de restrição de crescimento fetal é reportada entre 7% e 10% (DASHRAATH *et al.*, 2020; ELSHAFEEY *et al.*, 2020). Há relatos de óbito fetal nas séries descritas na literatura, porém sem comprovação precisa de associação do óbito com a infecção (ELSHAFEEY *et al.*, 2020). A maioria dos recém-nascidos (RN) de mães infectadas são assintomáticos (ZENG *et al.*, 2020).

Pré-natal após internação por COVID-19:

- Se a gestante ou puérpera foi internada, por ocasião da alta, deverá agendar consulta de pré-natal ou puerpério no intervalo entre 10 e 14 dias. Durante esse íterim, é recomendado que a eSF (equipe de Saúde da Família) de referência, monitore a paciente a cada 24h por ligação telefônica ou outro meio de comunicação eletrônico.
- Salienta-se a importância do adequado isolamento e do monitoramento das condições de saúde da paciente e de seus familiares. O controle da vitalidade após 24 semanas pode ser realizado por meio do mobilograma, em que a paciente deve sentir seis salvas de movimentação em uma hora. Em razão do risco aumentado de restrição de crescimento fetal nas pacientes que foram infectadas, orienta-se controle ultrassonográfico a cada quatro semanas, após 24 semanas.
- Após o desaparecimento dos sintomas, a periodicidade das consultas deve voltar à rotina já referida, devendo a gestante ser orientada a continuar com as medidas de distanciamento social, higiene e uso de máscaras, pois, até o momento, não há comprovação de imunidade em todos os doentes após a infecção por COVID-19. Durante as consultas, deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como TEPT e ansiedade, em relação às complicações para si própria e a seu conceito.

Recomendações

- O efeito da infecção por SARS-CoV-2 na gravidez ainda não está totalmente esclarecido. Na literatura, revisões têm referido maior risco de parto prematuro (cerca de 25-30%) e de resultados fetais/neonatais adversos nos casos graves (Restrição de Crescimento Intra-Uterino - RCIU, morte fetal/neonatal, sintomas graves ao nascer). Os mecanismos potenciais incluem alterações placentárias e doenças respiratórias maternas graves, que podem levar à insuficiência placentária, oligohidrâmnio, RCIU e sofrimento/morte fetal (LAMBELET *et al.*, 2020).
- Com o conhecimento adquirido até o momento, os critérios de vigilância fetal devem ser realizados no sentido de verificar o crescimento fetal, pesquisar presença de oligohidrâmnio e/ou a insuficiência placentária, após a detecção e cura de COVID-19 em gestantes. Nos casos graves, a preocupação com a vitalidade fetal acompanha o quadro materno (BRASIL, 2020).
- Assim, nos casos de seguimento pós-COVID-19, recomendamos a realização de ultrassom obstétrico mensal, que deve ser solicitado sob regulação, e somente se indicará maior número de exames se for identificada alguma alteração. Quando não disponível, ressaltar a importância da medida manual seriada do fundo uterino (BRASIL, 2020).

4.15 ESPECIFICIDADES NA POPULAÇÃO VULNERÁVEL

A recuperação pós-COVID, assim como de outros acometimentos de saúde, pode ter interferência de diversos fatores, como vínculos familiares e comunitários frágeis ou rompidos e questões pessoais, como a forma como a pessoa se articula e se posiciona na vida: resiliente ou vulnerável.

As evidências científicas, apesar de ainda não serem conclusivas, apontam que a doença tem se apresentado mais comum e com pior prognóstico no quadro pós-COVID em pessoas em situação de vulnerabilidade social (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2020).

Destaca-se também que a pandemia tem acarretado impacto financeiro às famílias, aumentando o índice de população vivendo em situação de extrema pobreza, desemprego, alimentação irregular e insuficiente e com péssimas condições de sobrevivência.

O agravamento da desigualdade social propicia maior dificuldade de acesso dessa população à informação, às ofertas dos serviços públicos, aos recursos tecnológicos, humanos e materiais que possibilitam a reabilitação, por exemplo. Além disso, muitas destas famílias não possuem um ambiente domiciliar que favoreça a realização de atividades reabilitadoras e de vida adequadas dentro deste espaço. As barreiras geográficas também são obstáculos na busca pelos serviços e assistência (ENSP, 2020).

A vulnerabilidade pode ser agravada pelo aspecto étnico e cultural, podendo ser visto como um dificultador na adesão do usuário ao acompanhamento, tendo em vista o preconceito em torno daquele que é diferente e, por vezes, não aceita as “recomendações e orientações” consideradas estranhas ao seu *modus vivendi*. Por isso é fundamental a aproximação do profissional aos povos e suas culturas, residentes em seu território, para melhor compreensão acerca do conceito de saúde e autocuidado dessas populações, promovendo a desconstrução de preconceitos, estigmas, rótulos por parte da equipe de saúde e o respeito às diversidades culturais. Destacamos algumas populações tradicionais residentes em nosso município: indígenas, quilombolas, ciganas e estrangeiros.

O profissional de Serviço Social é um ator importante que pode ser acionado no acompanhamento da população em situação de vulnerabilidade, contribuindo, dentre outros aspectos, na promoção e proteção aos direitos sociais. Outros profissionais de apoio podem ser incluídos neste cuidado, de acordo com a complexidade do caso, assistindo diretamente e/ou articulando com outros atores da rede intra e intersetorial.

Diante do exposto, faz-se necessária a avaliação da condição de saúde associada ao contexto emocional e social para elaboração do plano de cuidado de forma integrada, levando-se em conta os diversos aspectos relacionados e os recursos disponíveis na família, comunidade e na rede de serviços. O cuidado a essas populações deve ser priorizado, efetivando o princípio da equidade.

4.16 ESPECIFICIDADES NOS ATLETAS

- Antes da retomada de treinamento cardiovascular é preconizado ao atleta realizar uma semana de alongamento de baixo nível e de fortalecimento (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Se sintomas leves persistentes, evitar treinos de alta intensidade.
 - A atividade deve ser limitada a uma leve caminhada ou equivalente (GREENHALGH *et al.*, 2020).
 - Em caso de piora de sintomas, aumentar o período de repouso (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Se outros sintomas persistentes (como fadiga, tosse, falta de ar, febre) a atividade deve ser limitada.
 - Basear a atividade num alcance de 60% da FC máxima por até três semanas e com a resolução total dos sintomas (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Se houve linfopenia ou uso de oxigênio prévio, realizar avaliação respiratória antes da retomada dos exercícios (GREENHALGH *et al.*, 2020).
- Se houve envolvimento cardíaco, é necessária reavaliação cardíaca:
 - Nestes casos é aconselhado realizar de 3 (três) a 6 (seis) meses de descanso completo de treinamento do sistema cardiovascular seguido de acompanhamento especializado, com o retorno às atividades guiado por: estado funcional, biomarcadores, ausência de arritmias e evidência de função sistólica ventricular esquerda normal (PELLICCIA, *et al.*, 2019).

- Nos casos com miocardite confirmada e com alto nível de demanda física no esporte ou no trabalho é necessário um período de repouso completo de 3 (três) a 6 (seis) meses. O período de descanso depende da gravidade clínica e da duração da doença, da função ventricular esquerda e da extensão da inflamação (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Treino e atletismo de alto nível podem ser retomados após a miocardite se estiverem normalizados a função sistólica e os biomarcadores séricos de injúria miocárdica, além de descartadas arritmias relevantes (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Após miocardite, os pacientes são obrigados a passar por reavaliações periódicas, em particular durante os primeiros 2 anos, caso retornem a atividades esportivas ou de trabalho de alto nível (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).
- Na presença de alguma doença cardíaca, a reabilitação específica deve ser fornecida de modo individualizado de acordo com complicações existentes (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

4.17 ESPECIFICIDADES NOS TRABALHADORES: PRINCÍPIOS PARA MANEJO E ORIENTAÇÃO A USUÁRIOS NO RETORNO AO TRABALHO

4.17.1 PRINCÍPIOS DA SAÚDE OCUPACIONAL

O retorno para o trabalho é um dos desfechos da reabilitação de várias doenças ou condições de saúde. É essencial para restabelecimento da qualidade de vida do usuário, porém tem sido dificultado por limitações funcionais ou problemas envolvendo as empresas, a previdência social e os serviços de saúde (CARNEIRO *et al.*, 2016).

A capacidade de trabalho é descrita como um processo dinâmico, no qual o trabalhador é capaz de cumprir com as exigências de suas tarefas, utilizando suas capacidades físicas e mentais de acordo com as suas condições de saúde. Fatores como estilo de vida, características sociais, exigências do trabalho entre outros, interferem de forma significativa neste processo (MARTINEZ *et al.*, 2010).

A demora para o retorno ao trabalho aumenta consideravelmente as chances de perda do emprego, o que pode gerar problemas físicos e mentais. Quando o afastamento do trabalho dura mais de 6 meses, a chance de readaptação ao trabalho na mesma função cai para 50% (MARTINEZ *et al.*, 2010).

A avaliação da capacidade de trabalho enfatiza a funcionalidade e as incapacidades como aspectos importantes, pois permitem a classificação da saúde por uma perspectiva biológica, individual e social, e não somente por uma visão etiológica (CARNEIRO *et al.*, 2016). Ao avaliar a capacidade de trabalho, o profissional descreve o estado de saúde do trabalhador considerando suas limitações, histórico clínico e prognóstico. Então, relaciona seus achados com a ocupação, processo e ambiente de trabalho (MARTINEZ *et al.*, 2010).

Ressalta-se que o indivíduo não precisa estar 100% recuperado para retomar atividades laborais, caso ele tenha o suporte necessário para ajustes temporários adequados à sua limitação funcional.

4.17.2 AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E DAS CONDIÇÕES DO TRABALHO

Com diagnóstico de COVID longo já realizado pela equipe de saúde, a reabilitação e retorno ao trabalho deverá ter clareza dos sintomas presentes de forma individualizada, por meio de perguntas como (MANDAN *et al.*, 2021):

- Sente fadiga/cansaço exacerbado ou fôlego curto (falta de ar)?
- Sente dor no peito?
- Sente tonturas (alterações de equilíbrio) ou palpitações?
- Sente dificuldade cognitiva (memória/concentração)?
- Sente fraqueza ou fadiga muscular?
- Sente parestesia (dormências ou formigamentos)?
- Sente dificuldade para permanecer na posição ortostática (em pé)?
- Sente dificuldade para deambular mais de um quarteirão?
- Sente dificuldade para subir/descer um lance de escada?
- Sente fraqueza ou fadiga muscular?
- Sente dificuldade para usar o transporte coletivo?

Para avaliar o trabalho, analise:

- Quantas horas por dia e quantos dias por semana você trabalha?
- Trabalha em turnos?
- Considera seu trabalho formal (regime de trabalho regido pela CLT), autônomo (trabalha por conta própria) ou é informal?
- Quais atividades você realiza?
- Você se expõe a riscos exercendo sua função cotidianamente? Quais? (Acidentes: trabalha com máquinas, dirige veículos, atua em serviços de emergência; ergonômicos: posturas inadequadas, repetitividade; químicos: poeiras/gases; físicos: ruído, calor/frio/umidade/vibrações e biológicos: fungos, vírus, bactérias.)

Para executar o plano de retorno ao trabalho, considere:

- Principais fatores que poderiam impedir o retorno do trabalho, como: localização e acesso ao setor de trabalho, (considerando os arranjos físicos e meios de transporte para chegar ao local); dificuldade de relacionamento com chefia e colegas.
- Possíveis adaptações ocupacionais para viabilizar um retorno seguro, como flexibilidade de horários e modificação no processo de trabalho.

- Viabilidade de ajustes temporários como redução de jornada, teletrabalho, uso de equipamentos especiais?

Atualize a sua avaliação dos riscos conforme a profissão e o local de trabalho.

4.17.3 MANEJO DE FRAQUEZA MUSCULAR, DIFICULDADES DE MEMÓRIA E DE CONCENTRAÇÃO

Queixas de fraqueza muscular, dificuldades de memória e concentração podem se desenvolver ao longo do tempo, inclusive após o retorno ao trabalho. Quando isso ocorre, nem sempre há reconhecimento ou associação com a COVID-19 (MADAN *et al.*, 2021).

Tais sintomas podem levar à dificuldade em desempenhar as tarefas de forma satisfatória ou à incapacidade temporária de resolução de problemas. É importante estar atento a esta situação se tiver conhecimento de que alguém esteve em cuidados intensivos. Aproximadamente metade desses doentes necessitam de um ano para retomar o trabalho no ritmo anterior e até um terço poderá nunca regressar. Uma boa orientação é muito importante para auxiliar na adaptação dos trabalhadores, até que os mesmos voltem ao seu nível de desempenho habitual (OMS, 2003; MADAN *et al.*, 2021).

É essencial abordar estas questões com sensibilidade e respeitar a privacidade e a confidencialidade dos trabalhadores para que, aqueles que passaram pela COVID-19, não sofram estigma e discriminação.

4.17.4 PLANO INDIVIDUAL DE RETORNO

Para orientações adequadas de retorno ao trabalho, observe (OMS, 2003; MADAN *et al.*, 2021).

- Efetue adaptações à estrutura e organização do local (de acordo com os protocolos governamentais) para reduzir a transmissão da COVID-19, antes de retomar o trabalho na íntegra e de convocar os trabalhadores ao retorno.
- Considere retomar os trabalhos por fases, a fim de permitir a realização de adaptações. Certifique-se de que os trabalhadores sejam informados sobre as mudanças e forneça-lhes novos procedimentos e formação (se necessário), antes de regressarem.
- Contacte o serviço ou o setor de saúde e segurança no trabalho (se tiver acesso a um) ou encaminhe a algum apoio à Saúde do Trabalhador (CEREST/sindicatos/associações/ONGs) e discuta o seu plano com eles. Preste especial atenção aos trabalhadores que se encontram em risco elevado e esteja preparado para proteger os mais vulneráveis, incluindo gestantes, pessoas mais velhas, os que possuem patologias crônicas (incluindo hipertensão, problemas pulmonares ou cardíacos, DM ou que foram submetidos a tratamento para o câncer ou a qualquer outra imunossupressão) e aqueles com familiares próximos que se encontram em risco elevado de adoecimento.

- Oriente o trabalhador a buscar a rede de apoio em casos de ansiedade ou de stress. Este apoio pode vir inclusive da chefia, por meio de ações como: questionar os trabalhadores sobre como se sentem, favorecer espaço para discussão e troca de experiências entre colegas e realizar modificações na organização do trabalho e das tarefas. Pode ser feito também por um programa de assistência ou um atendimento psicossocial, bem como pela oferta do contato com um serviço de saúde no trabalho. Considere que os trabalhadores podem ter sofrido traumas com a doença grave ou a morte de um familiar ou amigo, estar com dificuldades financeiras ou problemas nas suas relações pessoais.

Os trabalhadores que regressam ao local de trabalho após um período de isolamento (quer como medida individual, quer como parte de um isolamento coletivo), provavelmente terão preocupações, em especial, com o risco de infecção. Estas preocupações – especialmente se tiverem ocorrido alterações no trabalho – podem muito bem resultar em stress e em problemas de saúde mental. Quando as medidas de distanciamento físico estão em vigor, a probabilidade desses problemas ocorrerem é maior, além disso, os mecanismos de respostas habituais não estão disponíveis, tais como: o espaço pessoal ou a possibilidade de conversa com outros. É importante compreender as preocupações, fornecer informações sobre as medidas tomadas e o apoio de que dispõem.

Ao regressar, caso o trabalhador apresente sofrimento mental significativo, forneça informações sobre fontes de apoio e aconselhamento disponíveis.

4.17.5 ALTERNATIVAS DE APOIO

- Teletrabalho: As empresas que utilizaram o teletrabalho pela primeira vez podem considerar a sua adoção como uma prática de trabalho moderna e a longo prazo. A experiência adquirida durante a pandemia da COVID-19 pode contribuir para o desenvolvimento de uma política e procedimentos de teletrabalho ou para a revisão dos existentes.

4.17.6 ATENÇÃO À SOBRECARGA DE TRABALHO

A ausência de um número substancial de trabalhadores, ainda que temporária, pode causar uma pressão sobre a continuação das atividades. Embora os trabalhadores disponíveis devam ser flexíveis, é importante que não se encontrem numa situação que coloque em perigo a sua saúde ou segurança. Mantenha qualquer carga de trabalho adicional tão baixa quanto possível. Importante adaptar os locais de trabalho e proteger os trabalhadores e certificar que a sobrecarga não dure muito tempo (MADAN *et al.*, 2021).

A chefia/supervisores desempenham um papel importante no acompanhamento da situação e em garantir que os trabalhadores individuais não ficam sobrecarregados. Respeite as regras

e os acordos relativos ao horário de trabalho, incluindo os horários flexíveis, os períodos de repouso e permita aos trabalhadores o direito de se desligarem quando estiverem fora do trabalho. Ao adaptar o trabalho a uma mão de obra reduzida (por ex., através da implementação de novos métodos e procedimentos e da mudança de funções e responsabilidades), verifique se o pessoal necessita de formação e apoio adicionais e certifique-se de que todos os trabalhadores têm competências para desempenhar a tarefa que lhes é exigida (MADAN *et al.*, 2021).

Forneça formação interdisciplinar aos trabalhadores para desempenharem funções essenciais de modo que o local de trabalho possa funcionar, mesmo na ausência dos trabalhadores chave. Se depender de pessoal temporário, é importante informá-los sobre os riscos no local de trabalho e dar-lhes formação, se necessário.

5 FLUXOS E SERVIÇOS



5.1 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)

Doenças agudas graves, como a COVID-19, podem acarretar incapacidades funcionais, associadas ou não a comorbidades, que impactam na vida do indivíduo.

Assim, faz-se necessária a aplicação de instrumento de avaliação que identifique a condição funcional do indivíduo com o objetivo de mensurar a necessidade da continuidade do cuidado em reabilitação.

Recomenda-se a aplicação do **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)** disposto no ANEXO 5, baseado na Nota Informativa: “Recomendações sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais”, disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/12-11_NOTA_INFORMATIVA_Reabilitacao-COVID-19.pdf.

O IVCF-20 é um instrumento de rápida aplicação, com valor máximo de 40 pontos e que avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional:

- A idade.
- A autopercepção da saúde.
- As AVDs (três AVDs instrumentais e uma AVD básica).
- A cognição.
- O humor.
- A mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha

- e continência esfinteriana).
- A comunicação (visão e audição) e
- A presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada dimensão é avaliada por meio de perguntas simples, com pontuação específica para cada uma e que podem ser respondidas pelo indivíduo ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional. A técnica de aplicação do IVCF-20 encontra-se descrita no Guia da Secretaria de Estado de Saúde supracitado que também apresenta uma versão adaptada para aplicação por telefone, disponível no ANEXO 5 do presente documento.

A aplicação do IVCF-20, no contexto da pandemia, pode ser realizada por qualquer profissional para avaliar a capacidade funcional de todos os pacientes adultos confirmados com COVID-19, egressos ou não de hospitais/UPA e SAD, sendo importante que o instrumento preenchido e sua interpretação conste no prontuário do paciente.

A identificação da necessidade de continuidade dos cuidados em reabilitação, bem como do grau de prioridade e do ponto de atenção da rede para atendimento dos usuários poderá ser balizada pelos pontos de corte sugeridos a partir do IVCF-20, dispostos no quadro a seguir:

Pontos de Corte Sugeridos	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade	Conduta
0 a 6 pontos	Indivíduo com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional.	Baixa	Paciente deverá ser monitorado pela equipe da APS (Caso necessário, o paciente deverá ser encaminhado para outros pontos da rede segundo fluxos preexistentes da reabilitação).
7 a 14 pontos	Indivíduo com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional.	Média	Paciente poderá ser referenciado para atendimento de reabilitação na atenção especializada, quando a terapêutica não for resolutive na APS.
≥ 15 pontos	Indivíduo com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Alta	Paciente deverá ser referenciado com alta prioridade para atendimento de reabilitação na atenção especializada.*

*Caso o paciente não consiga deslocar-se até o serviço de reabilitação ambulatorial permanecerá aos cuidados da APS, com apoio da reabilitação na atenção especializada, até que seja possível este deslocamento.

Fonte: adaptado do Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19, 2020.

O IVCF-20 também permite a identificação de sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas e a avaliação da efetividade longitudinal do processo de reabilitação. Para esta, considera-se:

- Ganho de 25% na pontuação total do IVCF-20.
- Ganho em funcionalidade observada por meio das Atividades de Vida Diária.

5.1.1 AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR COMPLEMENTAR PARA USUÁRIOS PÓS-COVID

O IVCF-20, apesar de seu caráter multidimensional, não aborda alguns sintomas importantes que podem estar presentes no usuário pós-COVID e que podem afetar sua qualidade de vida. Tais sintomas incluem presença de alterações na fala e linguagem, disfagia, disfonia, tontura, dor e ainda alterações no paladar e olfato.

Dessa forma, apresenta-se no ANEXO 6 um formulário de avaliação multidisciplinar para casos pós-COVID, complementar ao IVCF-20, para a investigação das alterações não abordadas no primeiro instrumento, de importância para a reabilitação.

O formulário deverá ser aplicado juntamente com o IVCF-20 nos seguintes casos:

- Para transferência de cuidado do SAD para APS, quando acompanhado pela EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio), com referência para NASF-AB ou para CREAB.
- Para referenciamento do NASF-AB para reabilitação na atenção especializada.
- Quando houver histórico de evento neurológico e/ou intubação.
- Quando o profissional da equipe multiprofissional desejar complementação de sua avaliação inicial, de forma sistematizada.

Assim, é importante que todos os profissionais se atentem para o uso deste instrumento adicional.

5.2 SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

Cabe aos profissionais e equipes dos Centros de Saúde (CS) acolher os usuários com demandas relacionadas à COVID-19, sem restrição de acesso para escuta e avaliação. Devem desempenhar ações de identificação em tempo oportuno de usuários acometidos pelo SARS-CoV-2, vigilância dos casos, educação em saúde e tratamento.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), por meio do “Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19”, recomenda, para responder à situação provocada pela pandemia da COVID-19, “condutas para atuação resolutiva e eficiente da APS com vistas na recuperação clínica-funcional e melhora da qualidade de vida desses pacientes”:

1. Identificar no seu território os usuários que receberam alta hospitalar, UPA ou do SAD, realizando visita domiciliar (VD), sempre que possível, ou por forma remota, para avaliação da condição clínica e funcional.
 2. Apoiar a transição entre hospital e domicílio, considerando sobretudo casos mais complexos ou com maior necessidade de apoio, como por exemplo pessoas com problemas de saúde preexistentes, doenças crônicas, deficiência, idosos, usuários em oxigenoterapia.
 3. Aplicar o IVCF-20.
 4. Atentar-se aos declínios funcionais nas crianças e adolescentes infectadas pelo SARS-CoV-2, bem como aos sinais e sintomas da SIM-P para propor os tratamentos e encaminhamentos adequados.
 5. Atentar para a contribuição dos profissionais do NASF-AB e demais apoios no manejo de casos em processo de reabilitação pós-COVID-19.
 6. Adotar todas as medidas de segurança vigentes, para evitar a disseminação do vírus.
 7. Fornecer orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares, enquanto agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado.
 8. Identificar piora dos parâmetros clínicos em tempo oportuno, durante o processo de reabilitação, e referenciar para o serviço condizente com a necessidade apresentada.
 9. Articular com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, considerando os princípios da intrasetorialidade e intersetorialidade, para favorecer o acesso aos serviços de reabilitação aos usuários em recuperação da COVID-19, possibilitando a referência e contrarreferência, conforme as necessidades em saúde e a vulnerabilidade social e econômica.
- O manejo de pós-COVID-19 deve ocorrer em conjunto com gestão de comorbidades pré-existentes ou novas (GREENHALGH *et al.*, 2020).
 - No último contato telefônico do Telemonitoramento de COVID-19 recomenda-se, a partir da atualização de 06/05/2021 da Nota Técnica COVID-19 nº007/2020 - CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GAFIE/GRSAM/GEICS/DIAS/SCINT/GERAE/DMAC/SMSA/PBH, aplicação da Escala de Status Funcional Pós-COVID-19 (ESFPC – ANEXO 7), para identificação de possíveis necessidades de continuidade dos cuidados e demandas para reabilitação. Orienta-se o encaminhamento de usuários identificados com grau moderado ou grave para acompanhamento da eSF em conjunto com NASF-AB, podendo haver encaminhamento para tratamento sistematizado de reabilitação.
 - Considerar o recurso de telessaúde, como importante estratégia de cuidado para acompanhamento dos usuários durante a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (BELO HORIZONTE, 2020).
 - Realizar plano de cuidados dos usuários e Projeto Terapêutico Singular (PTS) para casos mais complexos.
 - Reconhecer as diversas necessidades do usuário, no âmbito da saúde mental e física, e quando necessário, encaminhá-lo a outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde, considerando quaisquer necessidades de articulação intersetorial e intrasetorial para fomento do cuidado integral
 - Atentar-se à usuários tabagistas em recuperação da COVID-19, considerando a possibilidade de oferta de ações de cuidado por meio da Abordagem Intensiva do Fumante

ou da Abordagem, conforme orientações do Protocolo de Tratamento do Tabagismo da SMSA (2019) e recomendações de adequação das Notas Técnicas COVID-19.

5.2.1 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS

- Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem manter a vigilância e monitoramento dos usuários acometidos pela COVID-19.
- As práticas educativas que os ACSs realizam diariamente nos diferentes territórios, no contato cotidiano com os moradores, especialmente no contexto das VDs, são um meio importante de divulgação de informações seguras. Exercem, assim, importante papel no que se refere à educação em saúde e orientam a população sobre medidas de recuperação nos pós-COVID-19.
- Durante as VDs para usuários em recuperação da COVID-19, deve-se padronizar a utilização da Escala de Status Funcional Pós-COVID-19 (ESFPC) - ANEXO 7.
 - Cada ACS deverá ter este instrumento impresso, aplicá-lo durante a VD para o público alvo e anotar o resultado do grau de classificação do usuário, no campo de observações da ficha de VD e territorial.
- Durante a supervisão, o ACS deverá apresentar o grau de classificação do usuário para o enfermeiro, para discussão do caso e outras orientações e encaminhamentos. A continuidade do cuidado pelo ACS, será definida ao longo do processo, conforme instruções e publicações das Notas Técnicas Assistenciais. O caso também poderá ser discutido em reuniões de matriciamento do NASF-AB e Saúde Mental, se necessário.

5.2.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS ÀS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL - eSB

Cabe aos profissionais das equipes de Saúde Bucal (eSB) (FANTOZZI *et al.*, 2020; BIADSEE *et al.*, 2020; BELO HORIZONTE, 2020):

- Buscar informações durante anamnese relativas à perda ou disfunções olfatórias e gustativas, xerostomia, dor facial e/ou na musculatura mastigatória e mudanças na sensibilidade da língua, sendo estes, com maior prevalência, os sinais observados associados à COVID-19.
- Observar, ao exame clínico, a presença de alterações como lesões do tipo placa ou edema em palato, língua, gengivas, sangramento e/ou outras alterações em toda cavidade oral.
 - Quando identificadas lesões e/ou outras alterações em cavidade oral, em uso do telemonitoramento, realizar acompanhamento e busca de informação, saber se houve a remissão ou progressão da desordem encontrada. Em caso de não remissão, fazer nova avaliação e, caso necessário, realizar o encaminhamento para as medidas necessárias.

- Avaliar níveis de ansiedade, estresse e alterações do sono, que estão intimamente relacionados ao efeito da pandemia na vida do indivíduo. Essas alterações podem estar relacionadas à presença de Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial.
 - Diante disso o profissional deve identificar os sinais e sintomas, avaliando cada caso em sua individualidade, com o objetivo de orientar o usuário, esclarecer o diagnóstico diferencial, reduzir o medo e a ansiedade relacionados às dores de origem desconhecida e realizar o atendimento de acordo com Protocolo da Rede.
- Utilizar as ferramentas disponíveis para o Telemonitoramento e Teleorientação, para instruir sobre higienização oral, sanar dúvidas e buscar sempre manter o vínculo do usuário com a eSB.
 - É importante estar atento à individualidade de cada caso, a fim de identificar a necessidade e melhor momento para que o atendimento presencial seja efetuado.
- Atuar de maneira multidisciplinar, junto à eSF, para analisar o quadro clínico de uma forma mais ampla, com uma comunicação mais próxima e troca de informações que possibilite um cuidado efetivo.
- Planejar ações para intervenção de acordo com a demanda da população adscrita à área de abrangência, com foco nas necessidades do território e na individualidade do usuário.

5.2.3 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS ASSISTENTES SOCIAIS

Cabe aos assistentes sociais de NASF-AB e de apoio (BRASIL, 2014; CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, 2010):

- Contribuir com as eSF na identificação de grupos de maior vulnerabilidade que necessitem de cuidados no pós-COVID, levantando também todos os recursos familiares e comunitários disponíveis para contribuir no processo de reabilitação.
- Realizar VDs e atendimentos individuais, específicos e compartilhados, a partir das demandas referenciadas e/ou identificadas.
- Realizar o diagnóstico social da família e orientar sobre o acesso aos direitos socioassistenciais na Saúde, Assistência Social, Previdência Social e demais políticas públicas, se for o caso.
- Apoiar as eSF nas articulações intra/intersetoriais, incluindo interface com a rede de proteção social.
- Contribuir com as ações que visem o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, articulado com as demais políticas públicas, e apoiar nas ações que possam desenvolver a capacidade das pessoas lidarem com as situações limitantes e estressantes de forma mais resiliente.
- Acompanhar os egressos hospitalares junto às eSF, pós-COVID-19, contribuir no PTS dos casos mais complexos e vulneráveis e orientar quanto às questões pertinentes.

5.2.4 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS ÀS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL (eSM) E AOS PSICÓLOGOS DO NASF-AB

- Apoiar as eSF e demais profissionais envolvidos no cuidado às pessoas pós-COVID-19, com orientações a respeito do manejo e distinção sobre reações emocionais esperadas nesse tipo de evento.
 - As reações dependem de fatores como vivências anteriores de situações de crise, apoio que receberam de outras pessoas durante a vida, estado de saúde físico, histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental, cultura, contexto socioeconômico, gênero, valores pessoais e crenças religiosas. Reações de medo e raiva, confusão e estresse agudo são comuns durante o período e requerem suporte social, familiar e do profissional que acompanha regularmente. No entanto, é importante atenção aos sinais que indicam necessidade de acompanhamento com profissional da saúde mental como, por exemplo, sintomas persistentes de rebaixamento de humor, complicações associadas (conduta suicida); comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, depressão maior, uso problemático de álcool e outras drogas, TEPT ou mesmo manifestação de sofrimento agudo intenso que ocasione a ruptura com as estratégias que promovam a vida. (NOAL e DAMÁSIO, 2020; ROHDE, 2020).
- Cabe às eSM (Equipe de Saúde Mental), especificamente, ofertar atendimento às pessoas nos pós-COVID-19 que apresentam sofrimento intenso.
- Considerar atendimento específico, a partir da discussão com as eSF, para casos em que embora o sofrimento não seja intenso, percebe-se benefício com a escuta e intervenção. Considerar possibilidade de teleatendimento e grupos virtuais de apoio.
- Acompanhar junto às eSF as pessoas nos pós-COVID que requerem maior atenção neste contexto, que são aquelas com história prévia de instabilidade psíquica ou transtorno mental grave. É importante monitorar e verificar a necessidade de atendimento mais regular com profissional de saúde mental.
- Realizar VD com outros profissionais de saúde, quando necessário, em função de restrição ao domicílio ou leito e a partir do projeto terapêutico construído conjuntamente com os demais profissionais que acompanham a pessoa nos pós-COVID.
- Ofertar apoio às pessoas e familiares, quando se evidenciarem conflitos decorrentes das perdas funcionais ou luto mal elaborado, com prejuízos significativos em áreas essenciais do funcionamento.
 - Atenção especial às famílias com crianças e adolescentes, que podem apresentar impacto nas suas rotinas e desenvolvimento em função das limitações do familiar nos pós-COVID (NOAL e DAMÁSIO, 2020; ROHDE, 2020).

5.2.5 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS NUTRICIONISTAS DO NASF-AB

- Avaliar alterações nutricionais em pacientes pós-COVID-19, visto que o estado inflamatório e o estresse respiratório estão associados a alterações do estado nutricional podendo, conseqüentemente, afetar a resposta imunitária. O risco nutricional nesses pacientes pode ser consequência da mobilidade reduzida - que provoca alterações catabólicas musculoesqueléticas - do aumento das necessidades nutricionais associadas aos estados hipercatabólicos e à diminuição da ingestão alimentar e consequente diminuição do aporte calórico diário (BARAZZONI *et al.*, 2020).
- Realizar a abordagem nutricional individualizada, considerando um conjunto de elementos para o plano de cuidado pós-COVID-19: (Ver Instrutivo de Avaliação Nutricional e Cálculo das Necessidades Energético-Proteicas-PBH, 2018) (BELO HORIZONTE, 2018; BARAZZONI *et al.*, 2020).
 1. Identificação do risco nutricional e diagnóstico nutricional utilizando parâmetros antropométricos, laboratoriais e indicadores clínicos.
 2. Via de alimentação.
 3. Contexto socioeconômico.
 4. Prescrição dietética considerando as necessidades nutricionais, comorbidades associadas, condição funcional e sintomas.
- Orientar o consumo de dieta hiperproteica para recuperação do estado nutricional. Entretanto, deve haver atenção aos casos em que há comprometimento renal (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020; BARAZZONI *et al.*, 2020).
- A prevenção, diagnóstico e o tratamento da desnutrição devem ser considerados na gestão do cuidado de pacientes com COVID-19. Uma vez que a desnutrição é definida não apenas pela baixa massa corporal, mas também pela incapacidade de preservar a composição corporal saudável e massa muscular esquelética, pessoas com obesidade devem ser rastreadas e investigadas para essa condição (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020; BARAZZONI *et al.*, 2020).
- Orientar o consumo de frutas e vegetais para suprir as necessidades nutricionais diárias de vitaminas e minerais, bem como estimular a ingestão de 8 a 10 copos de líquidos ao dia, preferencialmente água (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020; BARAZZONI *et al.*, 2020).
- Considerar a prescrição de terapia nutricional oral quando o paciente não conseguir atingir seu consumo habitual através da alimentação, apresentando consumo alimentar inferior a 50% do habitual (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020; BARAZZONI *et al.*, 2020).
- Reduzir o volume e aumentar o fracionamento das refeições, quando houver queixas relacionadas à perda de apetite ou saciedade precoce (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020; BARAZZONI *et al.*, 2020).
- Indicar o consumo de alimentos que apresentam temperatura mais fria, bem como preparados com condimentos naturais, nos casos de ageusia ou disgeusia, pois podem contribuir para estimular a percepção do paladar (AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION, 2020).

5.2.6 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS FARMACÊUTICOS

Cabe aos Farmacêuticos (BELO HORIZONTE, 2018):

- Oferecer suporte à eSF na revisão da farmacoterapia em uso, avaliando sobretudo possíveis problemas que possam se relacionar a novas prescrições no período pós-COVID (por exemplo, a inclusão de medicamentos anticoagulantes, antidepressivos e ansiolíticos à rotina do paciente).
 - Particularmente em relação ao uso de anticoagulantes, fornecer informações educativas sobre cuidados que se deve ter ao longo do tratamento, como horário adequado para a utilização e cautela no uso de materiais cortantes (lâminas de barbear, alicates).
 - No caso da varfarina, orientar sobre possíveis interações medicamentosas, evitar o uso de medicamentos sem recomendação médica e a necessidade do consumo regular (sem oscilações de quantidade) dos alimentos ricos em vitamina K, principalmente verduras de cor verde (por exemplo: couve, brócolis, espinafre, alface). Considerar também o encaminhamento para o nutricionista.
- Colaborar para a conciliação medicamentosa de pacientes que tenham sido recentemente admitidos em diferentes serviços de saúde.
- Auxiliar na provisão de recursos facilitadores para uso de medicamentos como calendários posológicos, materiais educativos e elaboração de dispositivos que auxiliem o autocuidado.
- Orientar sobre o uso adequado e seguro dos medicamentos, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente e a utilização adequada dos medicamentos.
- Em caso de necessidade, realizar orientações sobre o acesso aos medicamentos no SUS, nas esferas municipal e/ou estadual.

5.2.7 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF-AB / ACADEMIAS DA CIDADE

Os profissionais de Educação Física devem estar atentos ao retorno de usuários cadastrados nas Academias da Cidade às atividades (ainda que virtuais), bem como colaborar na orientação sobre exercício físico aos usuários não cadastrados, que estejam em acompanhamento pelas eSF/NASF-AB e se beneficiem de abordagem específica desta categoria.

- Permitir o retorno ao exercício físico somente após um período de sete dias com melhora dos sintomas (SALMAN *et al.*, 2021).
- Realizar avaliação física completa com ênfase na triagem de risco, buscando sinais e sintomas sugestivos de lesão miocárdica, como dor no peito, dispneia e taquicardia. Quando identificado, encaminhar para avaliação médica (SALMAN *et al.*, 2021).

- Usuários encaminhados com diagnóstico de síndrome pós-COVID-19, devem começar com atividades de intensidade leve por pelo menos duas semanas. O usuário deve classificar, de forma subjetiva, o esforço como leve e deve conseguir conversar durante a prática do exercício físico sem dificuldade (SALMAN *et al.*, 2021).
- Prescrever exercícios de alongamento e fortalecimento muscular com intensidade leve, evoluindo após duas semanas para caminhada de curta duração (SALMAN *et al.*, 2021).
- Considerar, na oximetria de pulso, valores acima de 92-93% de saturação de O² durante todo o exercício (CALABRESE *et al.*, 2021).
- Monitorar a FC, não permitir um aumento superior a 20 bpm em relação à FC basal durante o exercício de intensidade leve (a terapia farmacológica do usuário deve ser considerada cuidadosamente, especialmente o uso de betabloqueadores que limitem o aumento fisiológico da frequência durante o exercício) (CALABRESE *et al.*, 2021).
- Meta da pressão arterial (PA) sistólica durante o exercício de ≥ 90 mmHg e ≤ 180 mmHg (CALABRESE *et al.*, 2021).
- Interromper a prática de exercícios físicos quando o usuário apresentar sinais e sintomas de comprometimento cardiovascular ou pulmonar, encaminhar para avaliação médica (SALMAN *et al.*, 2021).
- Monitorar qualquer incapacidade do usuário de se sentir recuperado após o exercício físico. Uma vez identificada a incapacidade, rever a prescrição do exercício e, caso necessário, encaminhar para avaliação médica (SALMAN *et al.*, 2021).

5.2.8 RECOMENDAÇÕES AOS MÉDICOS DO PROGRAMA DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA (PRHOAMA)

Os médicos especialistas em Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica são apoio às eSF nos CS, com lógica de referenciamento regional. Os profissionais deste Programa pautam-se na visão integral do ser humano, entendendo-o como uma unidade indissociável, tratando o doente e não apenas a doença, representando o cuidado holístico em essência.

Abordagens e condutas com esta perspectiva estão sendo recomendadas no enfrentamento do pós-COVID (ou COVID pós-aguda): “os pacientes devem ser tratados pragmaticamente e sintomaticamente, com ênfase no suporte holístico” (GREENHALGH *et al.*, 2020). A Acupuntura, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica estimulam a vitalidade do indivíduo, ativam, fortalecem e reequilibram seus mecanismos curativos e de defesa do corpo e o auxilia a retornar ao estado de harmonia física, psíquica, emocional e espiritual.

Estes tratamentos podem ser associados entre si e ao tratamento médico alopático no paciente que está na fase pós-COVID, do mesmo modo que o tratamento homeopático adjuvante se mostrou útil na fase aguda da COVID-19 de leve à grave (TAKACS *et al.*, 2021).

A acupuntura, por promover a modulação do sistema imune após a tempestade de citocinas da fase aguda da COVID-19 (AUDETTE, 2021), tem sido utilizada com sucesso no

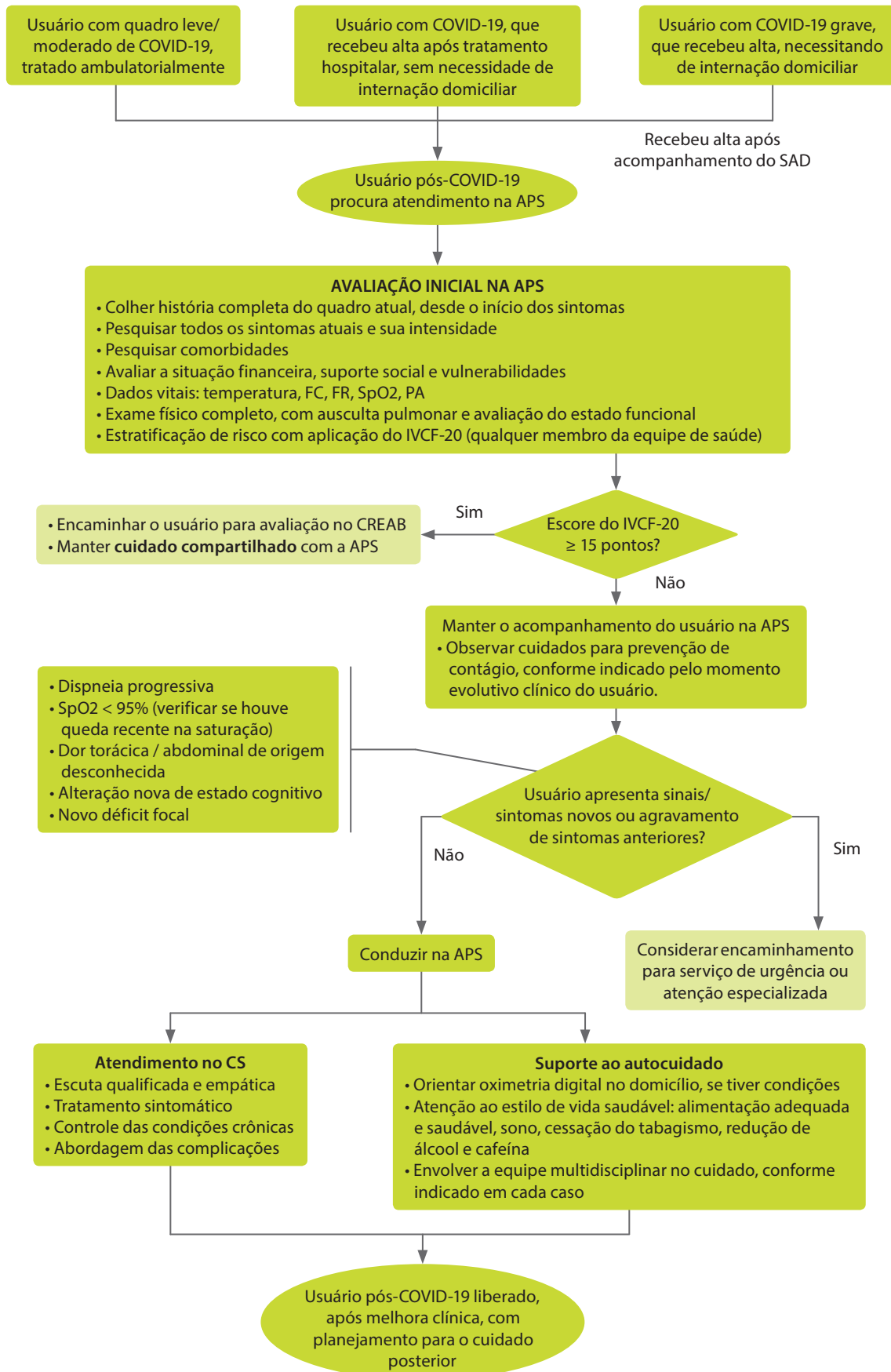
tratamento de sintomas que surgem ou permanecem após a infecção com o SARS-CoV-2: dores articulares ou musculares persistentes, cansaço e desânimo, além do tratamento de sintomas inespecíficos, muitas vezes relacionados ao estado mental do paciente. Sabemos que a acupuntura pode ser considerada um tratamento para as doenças respiratórias, neste caso auxiliando também na fase aguda da infecção pelo COVID-19 (CHEN *et al.*, 2020).

Recomenda-se organizar/priorizar o agendamento dos pacientes pós-COVID (ou COVID pós-aguda), de modo que sejam oportunamente atendidos.

5.2.9 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS FISIOTERAPEUTAS, FONOAUDIÓLOGOS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO NASF-AB

Vide item 5.5 deste documento: Abordagem Multiprofissional na Reabilitação.

5.2.10 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS COM SINTOMAS PÓS-COVID-19 NA APS



5.3 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD

O SAD é um serviço habilitado pelo MS, portanto segue as normas constantes da Portaria GMMS nº 825/2016, que *"Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas"*.

O SAD presta assistência aos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados e trabalha de forma integrada com outros componentes da rede de atenção à saúde em Belo Horizonte, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP. O SAD-BH mantém o atendimento do município com 28 equipes:

- 21 EMAD, contando com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas e
- 7 EMAP, compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo.

O serviço tem como um dos seus objetivos as desospitalizações e desupalaizações, ou evitar internações ao admitir usuários provenientes da APS, o que permite maior rotatividade de leito nas unidades de urgência secundárias e nos hospitais parceiros, pela redução do tempo de permanência e, conseqüentemente, levando à mitigação dos riscos inerentes à assistência à saúde dos usuários e o aumento da disponibilidade de vagas.

No contexto da pandemia, o SAD BH tem intensificado suas atividades, como a busca ativa, a fim de apoiar o giro de leitos diante da grande demanda de internações e vem, por meio deste documento, fortalecer fluxos de encaminhamento para admissão de **usuários pós-infecção por COVID-19 em qualquer fase da doença, seja COVID-19 aguda, pós-aguda ou longa**.

O fluxograma 5.3.5, evidencia o caminho a ser seguido da admissão à alta de novos usuários com quadro de infecção pós-COVID-19 no SAD BH, com destaque para os pontos a seguir:

- A equipe do SAD deverá admitir os usuários encaminhados pelo hospital, UPA ou APS, quando o usuário atender os critérios de elegibilidade (BRASIL, 2016).
- Será aplicado o IVCF-20 para avaliar a capacidade funcional na visita de admissão e na alta, sendo que os instrumentos preenchidos e suas interpretações deverão constar no prontuário e no relatório de alta do usuário (MINAS GERAIS, 2021).
- A EMAD informará à APS a admissão do usuário para que o cuidado compartilhado se inicie (BRASIL, 2016).
- Assim que o objetivo do plano terapêutico estabelecido for atingido, a EMAD deverá encaminhar o relatório de alta qualificado para APS, apontando a necessidade da continuidade do cuidado em reabilitação.
- Com relação à demanda de reabilitação, quando a pontuação do paciente no IVCF-20 for menor e igual a 14, o encaminhamento para a APS irá recomendar a avaliação pelo NASF-AB, e quando for igual ou maior que 15, além da vinculação com a APS, o usuário será referenciado para atenção especializada (MINAS GERAIS, 2021).

5.3.1 INDICAÇÃO DE ADMISSÃO DE USUÁRIOS COM DEMANDA CLÍNICA E DECLÍNIO FUNCIONAL AGUDO PÓS-COVID-19 NO SAD BH (BELO HORIZONTE, 2020)

- Uso de O₂, com demanda de reabilitação funcional, cardiopulmonar, controle de exacerbações e ajuste na oxigenoterapia.
- Uso de SNE por disfagia com demanda de avaliação da transição de dieta por sonda enteral para via oral.
- Cuidados com terapia nutricional oral e enteral.
- Usuário traqueostomizado com possibilidade de decanulação.
- Controle de RNI.
- Antibioticoterapia parenteral com administração de 24 em 24 horas.
- Lesão por pressão grau III e IV.
- Cuidados Paliativos (PPS <50).

5.3.2 CRITÉRIOS CLÍNICOS - SAD BH (BRASIL, 2016)

- Quadro geral de estabilidade hemodinâmica.
- Ter diagnóstico e terapêutica definidos.
- Critérios específicos avaliados pela equipe durante avaliação de elegibilidade.

5.3.3 CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS E SOCIAIS – SAD BH (BRASIL, 2016)

- Idade igual ou superior a 13 anos (para EMAD regionais e idade inferior para EMAD Pediátrica).
- Residir na cidade de Belo Horizonte ou município que possua SAD.
- Usuário possuir domicílio de referência.
- Ter consentimento da família/cuidador/responsável/usuário (assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Admissão no SAD).
- Ter cuidador capaz responsável pela integralidade do cuidado ou o usuário ser agente do próprio cuidado (no caso de admissões para a EMAD Pediátrica, é necessário dois responsáveis treinados nos casos de criança em ventilação mecânica ou cuidados muito complexos).
- Usuário ter disponível em domicílio os equipamentos necessários para a assistência domiciliar (ex.: concentrador de oxigênio, BIPAP, CPAP, aspirador portátil).
- Em caso de tratamento medicamentoso, o medicamento precisa estar disponível na rede da PBH ou ser fornecido pela instituição de origem do usuário.

Observação: Conforme o artigo 15º da Portaria 825/2016, o descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD (alta administrativa), ocasião na qual o atendi-

to do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local. (Exemplo: não adesão do usuário ao tratamento terapêutico estabelecido).

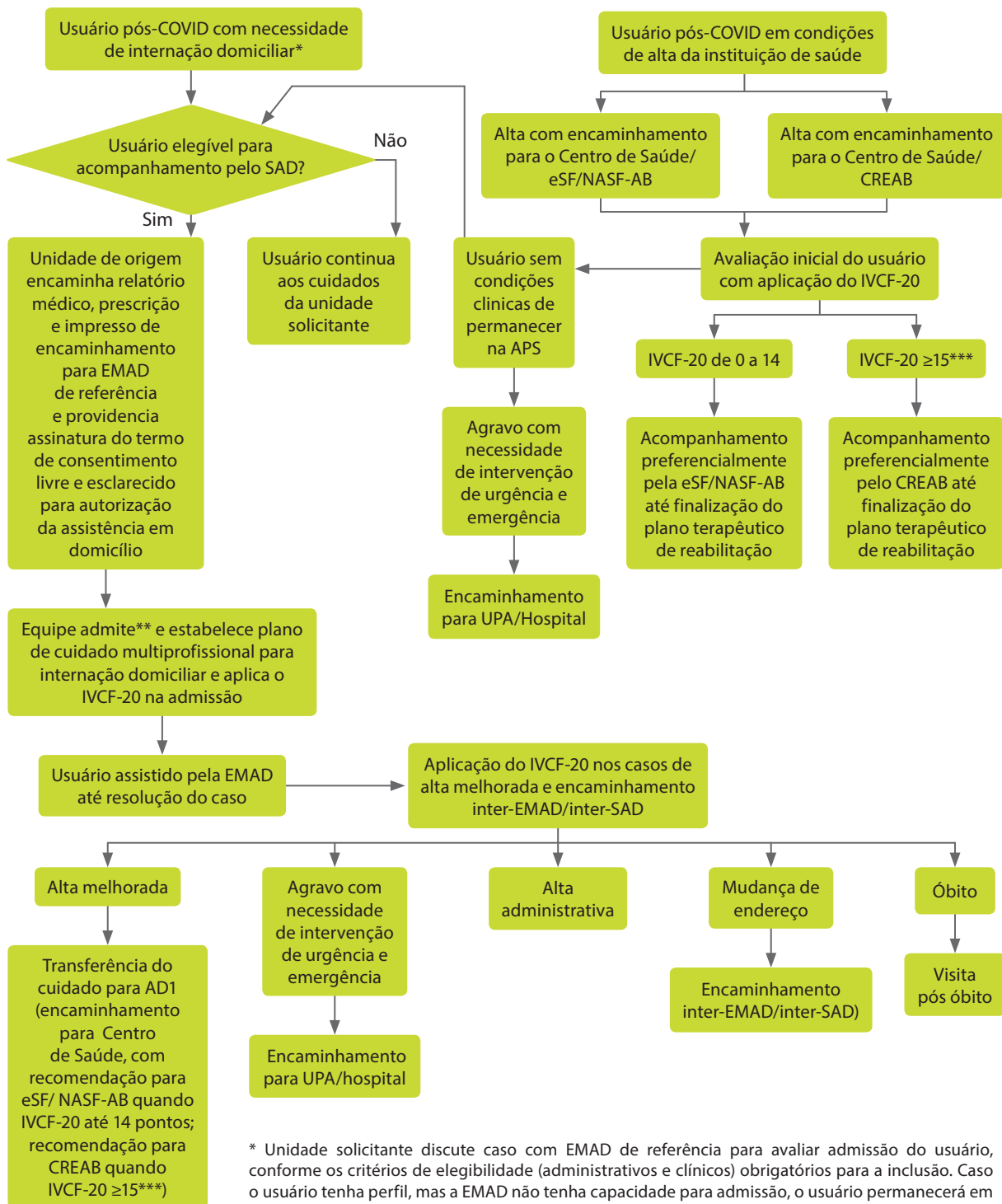
5.3.4 CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES PÓS-COVID-19 - SAD BH (BRASIL, 2016; BELO HORIZONTE, 2020)

Condição clínica e Critérios para admissão	Demanda para a EMAD/EMAP
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade clínica. • Afebril há pelo menos 24 horas. • Data de início dos sintomas há mais de 10 dias (saída do período de inflamação). 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de RNI. • Antibioticoterapia parenteral. • Desmame de O₂ e reabilitação respiratória. • Usuário traqueostomizado com possibilidade de decanulação (com demanda de aspiração). • Avaliar EMAD VM. • Usuário com lesão por pressão grau III e IV. • Cuidados Paliativos (PPS <50).
+	
<p>SE EM USO DE O₂: Critério Fluxo: CN com fluxo igual ou inferior a 4L/min e avaliação da SpO₂ (exceção paciente em cuidados paliativos).</p>	<p>INDICAÇÃO CLÍNICA ASSOCIADO A DEMANDA DE EMAP:</p>
+	<ul style="list-style-type: none"> • Reabilitação motora e respiratória quando em desmame de O₂. • Terapia ocupacional. • Cuidados com terapia de nutrição oral e enteral. • Avaliação da transição de dieta por sonda enteral para via oral em usuários disfágicos.

Observações:

O usuário não será admitido exclusivamente devido à infecção pelo SARS-CoV-2, devem ser avaliados os critérios habituais de admissão no SAD. Para usuários que necessitem de oxigênio, atentar para a oferta do concentrador em domicílio (já deve ter sido instalado antes da alta hospitalar).

5.3.5 FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS PÓS-COVID-19 - SAD



* Unidade solicitante discute caso com EMAD de referência para avaliar admissão do usuário, conforme os critérios de elegibilidade (administrativos e clínicos) obrigatórios para a inclusão. Caso o usuário tenha perfil, mas a EMAD não tenha capacidade para admissão, o usuário permanecerá em fila de espera até a normalização da situação na EMAD.

**Após visita de admissão, a EMAD comunica o acompanhamento ao Centro de Saúde de referência por e-mail (com cópia para a GAERE responsável – quando o usuário não for encaminhado pela APS) e confirmação por contato telefônico, com repasse das informações: nome do usuário, nascimento, CPF, endereço, CID principal, motivo de encaminhamento, situação clínica atual, data admissão e previsão de alta - quando for o caso. O Centro de Saúde de referência responde o e-mail, agendando visita domiciliar ao usuário até 10 (dez) dias após comunicado de acompanhamento pela EMAD, a fim de iniciar o compartilhamento do cuidado.

***Caso o IVCF-20 seja ≥ 15 , sinalizar "Prioridade Alta". O usuário que não tenha condições de se deslocar até o CREAB de referência, o encaminhamento ao Centro de Saúde terá indicação para acompanhamento do eSF/NASF-AB de referência. Comunicar ao Centro de Saúde de referência todos os desfechos do usuário em até 48 horas (2 dias úteis) após a finalização do atendimento pelo SAD BH.

5.4 SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AMBULATORIAL/ ESPECIALIZADO

Os Centros de Referência em Reabilitação (CREAB) se constituem como serviços da Rede Ambulatorial Especializada onde são realizados diagnóstico funcional, habilitação e reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para usuários de Belo Horizonte e municípios referenciados.

Esses serviços têm a missão de **garantir a integralidade do cuidado da pessoa com deficiência, considerando as suas necessidades e especificidades para desenvolver o seu potencial funcional.**

Belo Horizonte conta com 4 (quatro) CREAB, habilitados pelo MS como Centros Especializados em Reabilitação (CER) e que atendem mais de uma modalidade de reabilitação. Possuem equipe multiprofissional composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, nutricionista, enfermeiro e médicos de referência.

As crianças e adolescentes de até 18 anos com alterações respiratórias, após infecção por COVID-19, deverão ser inseridos pela APS no Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (SISREG) como prioridade altíssima para o CREAB de referência, que fará avaliação e definição de conduta. Não será necessária avaliação prévia pelo profissional do NASF-AB. Caso não apresente alterações respiratórias, o usuário deverá ser avaliado pelo profissional do NASF-AB e inserido no SISREG de acordo com os critérios existentes para a Reabilitação Neurofuncional Infantil.

O usuário pós-COVID, com idade acima de 18 anos, que tenha indicação para tratamento no CREAB, deverá comparecer à unidade munido de documentos pessoais, guia de encaminhamento para reabilitação e sumário de alta hospitalar (quando houver). Será avaliado inicialmente por profissional especializado através do instrumento IVCF-20 (ANEXO 5) e o formulário de avaliação multidisciplinar complementar para usuários pós-COVID (ANEXO 6), para definição de conduta, e de acordo com o quadro clínico e o impacto do comprometimento sobre a funcionalidade, poderá ser avaliado por equipe multiprofissional ou encaminhado para o médico especialista para esclarecimento do quadro clínico, podendo ainda ser referenciado para outro ponto da rede, conforme necessidade. O critério de inclusão será pontuação > 15 no IVCF-20.

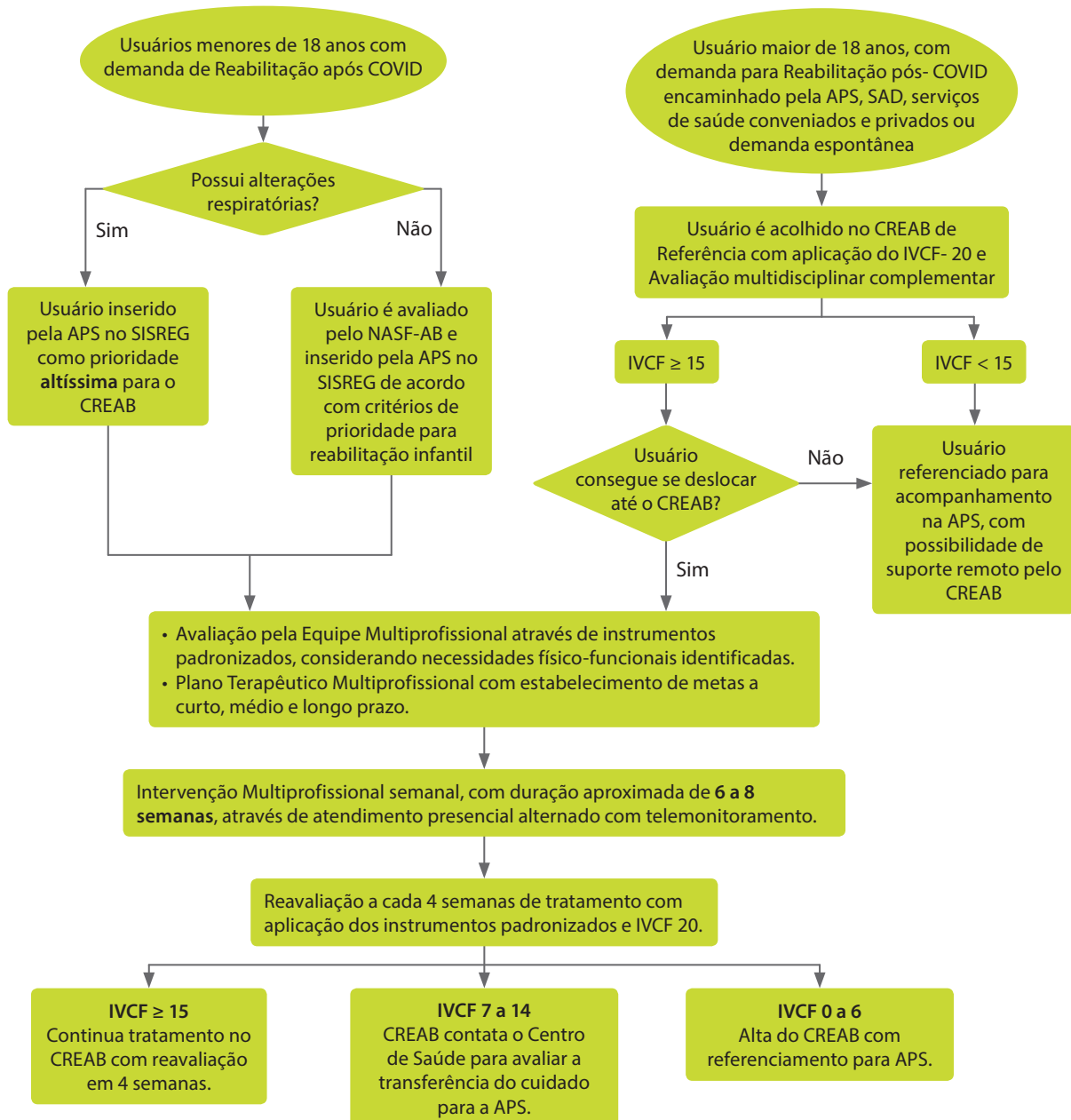
As avaliações iniciais deverão ser realizadas, preferencialmente, de forma presencial. Aos usuários do grupo de risco e aos que se recusarem a comparecer presencialmente será ofertada a opção de avaliação por teleatendimento. A escolha dos instrumentos para avaliação multiprofissional deverá contemplar as demandas apresentadas pelo usuário relacionadas ao seu quadro físico-funcional. Deverão ser priorizados os instrumentos padronizados, que possibilitem medidas objetivas e quantitativas referidas nesse documento e deverão ser aplicados no início do tratamento e reaplicados a cada 4 semanas.

O tratamento será realizado semanalmente, com duração de 6 a 8 semanas. O atendimento presencial será oferecido a todos os usuários, podendo ser alternado com telemonitoramento, de acordo com a possibilidade de cada caso e consentimento do usuário ou familiar.

Os usuários com necessidade de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPMAL), com **indicação de uso permanente ou superior a 6 meses** e CID compatível para a concessão do equipamento, serão direcionados para o setor responsável na própria unidade. A concessão dos equipamentos é realizada nos CREABs após avaliação para prescrição do equipamento, medida do usuário, prova do equipamento (quando necessário) e entrega final. **Não são fornecidos OPMAL para uso temporário.**

As equipes multiprofissionais dos CREAB, realizarão articulação com os profissionais da APS quanto aos pacientes que necessitem de acompanhamento após alta da reabilitação ambulatorial.

5.4.1 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS PÓS-COVID NO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AMBULATORIAL/ ESPECIALIZADO



5.5 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Considera-se neste tópico recomendações específicas para profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional dos NASF-AB dos CS, CREAB e EMAP (SAD).

A abordagem multiprofissional no manejo pós-COVID é essencial, dado seu caráter multisistêmico, favorecendo assim o cuidado integral ao usuário, com vistas à recuperação clínica-funcional e melhora da qualidade de vida.

Embora considere-se que a reabilitação não se pautar apenas na intervenção das três categorias profissionais mencionadas, dada a convergência de recomendações independente do ponto da rede/equipe, optou-se por esta organização de escopo no presente documento.

5.5.1 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS FISIOTERAPEUTAS

Os objetivos da Fisioterapia no contexto da COVID-19 relacionam-se à melhora da sensação de dispneia, manutenção da função pulmonar, prevenção de complicações osteomioarticulares, vasculares e respiratórias, prevenção e melhora de disfunções/incapacidades, visando reduzir os efeitos deletérios do imobilismo, assim como a manutenção ou melhora da qualidade de vida. A seguir são apresentadas as recomendações específicas para os Fisioterapeutas:

- Elaborar propostas de reabilitação direcionadas aos usuários pós-COVID-19 que apresentem disfunção ventilatória e/ou descondicionamento físico persistente por meio de programas domiciliares com exercícios progressivos, orientações sobre mudanças de comportamento e adequação do ambiente, técnicas de conservação de energia e reconhecimento de sinais de alerta em relação à piora do quadro clínico e/ou desenvolvimento de complicações (ASSOBRAFIR, 2020).
- Realizar avaliação fisioterapêutica individual abordando: disfunções cardiovasculares e outras doenças prévias, sintomas como dispneia (utilizando a Escala de Dispneia do Medical Research Council (PEREIRA, 2002), tosse e fadiga, principalmente; avaliação da função cardiorrespiratória e funcional, função muscular, equilíbrio, coordenação e qualidade de vida relacionada à saúde (ASSOBRAFIR, 2020).
- Avaliar, no exame físico, os seguintes parâmetros (ASSOBRAFIR, 2020; BRASIL, 2020).
 - FR (taquipneia: > 30 irpm no adulto).
 - Sinais de desconforto respiratório (presença de tiragens: intercostais, supraclaviculares ou subcostais).
 - Ausculta pulmonar (presença ou ausência de sons normais e/ou não, como crepitações, sibilos e roncos).
 - Oximetria de pulso (SpO₂).
 - FC e
 - PA.

- Elaborar programa de intervenção individualizado e dependente das condições clínicas e funcionais do usuário.
 - Inicialmente são recomendados exercícios físicos de baixa intensidade (incluindo fortalecimento funcional) progredindo de acordo com a melhora da capacidade de realização dos exercícios e ganho funcional.
 - É recomendado o monitoramento da FC, oximetria de pulso e PA durante a atividade (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Ainda, recomenda-se a monitorização da sensação de cansaço e falta de ar por meio da Escala de Borg Modificada CR10 (ANEXO 2), tomado como uma referência para segurança nos exercícios na Escala de Borg (esforço moderado).
- Acompanhamento de pacientes com insuficiência respiratória, decorrente de internação prolongada, dependentes de suporte ventilatório, invasivo ou não invasivo, e ou oxigenoterapia domiciliar, objetivando o desmame ou, quando não for possível a interrupção do suporte, o uso adequado do mesmo (Fisioterapeutas da EMAP/SAD BH).

Não realizar exercícios em caso de (contraindicação absoluta) (CREFITO 4, 2020):

- Doença sistêmica aguda ou febre.
- FC de repouso menor que 50 e maior que 100 bpm (verificar interferência de medicação).
- Sinais de desconforto respiratório em repouso.
- Hipertensão não controlada – ou seja, PA sistólica durante o repouso > 180 mmHg e/ou PA diastólica durante o repouso > 110 mmHg.
- Arritmia não controlada.
- DM descompensada.

Interromper os exercícios em caso de (CREFITO 4, 2020):

- Tontura.
- Falta de ar com uso de musculatura acessória e/ou fadiga intensa (maior ou igual a 5 na escala modificada de Borg).
- Saturação de oxigênio menor que 88% (este valor deve ser utilizado como referência caso haja oxigênio suplementar disponível no local onde o paciente está sendo assistido. Para atendimento do usuário em seu domicílio, quando não tiver o oxigênio suplementar disponível, deve-se considerar o valor de saturação de oxigênio de referência de 90%. Ainda deve-se atentar para pacientes com comorbidades, sendo cada caso avaliado individualmente).
- Sudorese excessiva.
- Crise de ansiedade.
- Palpitações.
- Dor ou sensação de aperto no peito.

Partindo do pressuposto que a APS constitui um espaço de produção de cuidado, que utiliza ferramentas de baixa densidade tecnológica e muitas vezes dispõe de espaço físico limitado, são recomendados para auxiliar na avaliação fisioterapêutica alguns testes, complementares ao IVCF-20, que estão em consonância com essa realidade:

• **Avaliação Funcional:**

- MMSS: Exercício de membros superiores sem apoio – *Unsupported Upper Limb Exercise (UULEX) test* (LIMA *et al.*, 2018).
- MMII: Sentado para de pé (JONES *et al.*, 2013).
- Teste de caminhada de 6 minutos (ATS, 2002).
- Teste de caminhada de 2 minutos (BUTLAND *et al.*, 1982).
- *Step test* de 2 min (marcha estacionária) (BONNAHON e JOURNALOF, 2019).
- Teste de sentar e levantar da cadeira de 1 minuto (BENTON *et al.*, 2014).

• **Avaliação específica da força muscular:**

- Teste do esfigmomanômetro ou teste de força muscular manual.
- Força muscular periférica através do escore de Medical Research Council (MRC) (HERMANS *et al.*, 2012).

• **Teste de equilíbrio:**

- Marcha Tandem e Semi-tandem (SHUBERT *et al.*, 2006).
- Escala de Equilíbrio de Berg (BERG, 1992).
- Timed up and Go Test (TUG) (ALBARRATI *et al.*, 2016).

• **Coordenação (SMID e NITRINI, 2008):**

- Índex-nariz.
- Calcanhar-joelho.

• **Avaliação da qualidade de vida:**

- SGRQm (CAMELIER *et al.*, 2006).

Para orientações sobre o manejo da população infantil acometida por COVID-19 em relação à avaliação e intervenção de Fisioterapia, recomenda-se os seguintes documentos da ASSOBRAFIR:

- ASSOBRAFIR COVID-19. Comunicação Oficial. Mobilização precoce e reabilitação em pediatria. Mobilização precoce do paciente crítico e reabilitação pós alta hospitalar na população infantil acometida por COVID-19, 2020.
- ASSOBRAFIR COVID-19. Comunicação Oficial. Protocolo de mobilização precoce de paciente crítico e reabilitação pós-alta hospitalar na população infantil acometida de COVID-19, 2020.

5.5.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

- Realizar avaliação precisa referente à disfunção ocupacional para implementar o plano terapêutico, focando não apenas nas limitações funcionais impostas pela COVID-19, mas também nas suas relações com a execução das AVDs, Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e participação social (DE-CARLO, *et al.*, 2020; CREFITO 4, 2021; AOTA, 2020).
- Avaliar o padrão de execução de atividades, por meio de testes específicos, para identificar ocupações que estão comprometidas e são importantes para autonomia, independência, satisfação e ou segurança do usuário (LAW *et al.*, 2019). Realizar avaliação da sensibilidade (superficial, profunda e cortical), motora (coordenação motora e força muscular), do ambiente (identificação de barreiras ou facilitadores) e também da necessidade de recursos de tecnologia assistiva. Recomenda-se o uso da **COPM - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional**, para avaliação da disfunção ocupacional, junto ao IVCF-20, e acompanhamento da evolução. (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
- Sendo a fadiga uma das principais queixas pós-COVID, recomenda-se especial atenção em relação ao consumo de energia na execução das atividades.
 - Orientar a organização da rotina de atividades, de modo a permitir maior funcionalidade e independência com o menor gasto energético possível e redução da sensação de fadiga (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
 - Conduzir uma avaliação detalhada da alteração da habilidade de performance relacionada a resistência envolvendo o nível de tolerância para execução das ocupações e recomendar técnicas de conservação de energia e biomecânica corporal adequada ao contexto ocupacional (BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE, 2020).
 - Avaliar e orientar a adaptação ambiental.
- Identificar demandas da atividade e aspectos ambientais que possam ser alterados, a fim de promover o desempenho ocupacional. (AOTA, 2020). Considerar suportes e barreiras ao processo de reabilitação. (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
- Considerar a performance ocupacional nas atividades da rotina anterior à COVID-19.
- Considerar o impacto do isolamento social e a privação ocupacional anterior à infecção do usuário por SARS-CoV2, com mudança de hábitos e de rotinas, desestruturação de papéis ocupacionais, somadas às limitações durante o pós-COVID (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
- Realizar avaliação específica das funções motoras, identificando as ineficiências em habilidades de performance que alteram o desempenho ocupacional (AOTA, 2020). Treinar, restaurar e estimular as habilidades motoras de acordo com sua relação ao desempenho ocupacional. Recomenda-se treino específico de tarefas para usuários com alteração no nível da coordenação motora. Recomenda-se o uso de métodos e tarefas preparatórias para restauração de funções corporais específicas que promovem o desempenho ocupacional (BIRKENMEIER e LANG, 2013).

- Realizar avaliação cognitiva funcional, identificando ineficiências nas habilidades de performance de processamento que interferem no desempenho ocupacional do usuário. (TIMOTHY, 2019).
 - Identificar e aplicar o melhor modelo de reabilitação cognitivo funcional de acordo com nível e potencial de aprendizado do usuário. Recomenda-se o uso da abordagem **CO-OP Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional**, a fim de treinamento para estabelecer estratégias que facilitam o seu desempenho. Recomenda-se a abordagem de múltiplos contextos, para pessoas com alterações da autoconsciência. Treinamento neurofuncional, para usuários com possibilidade de aprendizado baseado no hábito; uso do modelo de incapacidades cognitivas, para usuários com comprometimento severo da cognição funcional (TIMOTHY, 2019).
- Elaborar projeto de intervenção que vise potencializar as capacidades funcionais do paciente, estimular as capacidades residuais e compensar os déficits funcionais, objetivando a integração do paciente na sociedade e retorno à rotina, considerando sua limitação funcional, mas com o máximo possível de autonomia e independência (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
 - Considerar metas específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporizáveis com o foco no desempenho ocupacional. (LATHAM e RADONSKI, 2013).
 - Basear a intervenção considerando os componentes da ocupação (AVDs, ALVDs, sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social) e as habilidades de desempenho (habilidades motoras, de processo e interação social) (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
- Visar o engajamento do usuário em ocupações significativas e favorecer o equilíbrio ocupacional por meio da reorganização do cotidiano.
- Promover motivação frente ao tratamento e participação social. Orientar e adaptar para o retorno às atividades e dar suporte aos familiares e cuidadores, sobre o gradual retorno das habilidades do paciente ou comprometimentos duradouros (DE-CARLO, *et al.*, 2020).
- Indicar, confeccionar e prescrever tecnologias assistivas, adaptações e modificações ambientais e treinar o uso dos recursos para promoção do desempenho ocupacional. (BIRKENMEIER e LANG, 2013).
- Considerar a atribuição específica do profissional, a depender do serviço ao qual está vinculado.

5.5.3 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS AOS FONOAUDIÓLOGOS

- **Disfagia:** avaliar os usuários que apresentem disfagia, lembrando que esta poderá ocorrer em decorrência de trauma de intubação (com disfagia mecânica subsequente) ou secundária a eventos neurológicos (com disfagia neurogênica subsequente).
 - Os casos com indicação de atendimento sistemático e que não estiverem vinculados à EMAP/SAD deverão ser referenciados para tratamento na rede de atenção especializada (se for disfagia mecânica, encaminhar ao CEMES - Centro de

Especialidade Médicas / Santa Casa e se for disfagia neurogênica, encaminhar para o CREAB de referência, conforme fluxos vigentes).

- Os casos que apresentarem disfagia leve ou que não puderem se deslocar para o serviço especializado, deverão ser gerenciados pelo fonoaudiólogo do NASF-AB, como já ocorre na rede SUS-BH.

- **Disfonia:** avaliar os usuários com disfonia decorrente de intubação orotraqueal, apresentando sintomas vocais, tais como: rouquidão, soprosidade, afonia, fadiga vocal, dificuldade ou incapacidade de sustentar a fonação e a intensidade vocal.
 - A reabilitação fonoaudiológica é indicada, principalmente, quando há lesões de pregas vocais em decorrência da intubação. Após avaliar e determinar o tipo e grau de disfonia, encaminhar para o Serviço de Avaliação e Terapia Vocal os casos sem comorbidades fonoaudiológicas e manter em reabilitação na APS os casos de disfonia de grau leve.

- **Disfunções do olfato:** o olfato é um sentido quimiossensorial realizado pelo sistema olfatório, conferindo extrema importância na vida diária e sobrevivência (DEEMS, DOTY e SETTLE, 1991). A função olfativa e gustativa tem estreita relação com a preparação do sistema motor oral (fase preparatória da deglutição) e do sistema gastrointestinal durante a alimentação (MAFFEIS e NETTO, 1990; WAHAB, JONES e HUCKABEE, 2010).
 - Em casos de disfunções olfativas quantitativas (anosmia, hiposmia e hiperosmia) e qualitativas (parosmia) decorrentes da COVID-19, podendo ou não estarem relacionadas às disfunções do paladar, é indicado que o fonoaudiólogo realize a avaliação e o treinamento funcional do olfato (TFO) associando às funções estomatognáticas (KNOFERLE e SPENCE, 2006).
 - O TFO tem como objetivo principal melhorar a qualidade de vida e aperfeiçoar os sentidos por meio de exercícios que estimulam o epitélio olfativo.
 - O treino pode ser dividido em quatro níveis (detecção de odores, discriminação de odores, caracterização de odores e identificação e reconhecimento de odores), seguindo recomendações específicas para sua aplicação (ALTUNDAG *et al.*, 2015; PATEL e WISE, 2017). Encontra-se em elaboração cartilha específica sobre o TFO, que será divulgada para os fonoaudiólogos da rede SUS BH.

- **Disfunções do paladar:** em relação às disfunções do paladar, poderão estar presentes associadas ou não às alterações do olfato. Desta forma, é importante o profissional se atentar aos quatro sabores, a saber: doce, amargo, azedo e umami, e sua preservação ou não nos usuários pós-COVID.
 - A estimulação do paladar poderá também ser realizada sob orientação do fonoaudiólogo, associada ao TFO, uma vez que interfere diretamente na fase preparatória da deglutição.

Ainda não há consenso sobre a reabilitação fonoaudiológica específica nos casos de COVID-19, portanto, cada caso deverá ser avaliado e abordado em sua especificidade. Ressalta-

-se ainda que várias são as sequelas neurológicas possíveis, devendo o profissional ficar atento às diversas alterações que poderão estar presentes tanto na comunicação quanto nas funções oromiofuncionais (em relação aos casos de afasia e paralisia facial, também deverão ser referenciados ao CREAB de referência). Quanto à saúde auditiva, há relatos na literatura de alterações audiológicas relacionadas à COVID-19 como zumbido, perda auditiva e alterações vestibulares. Acredita-se que possa haver impactos nas estruturas sensoriais e mecânicas do sistema auditivo, que podem não só piorar a audição como causar e agravar os sintomas de zumbido e vertigem (RIBEIRO e SILVA, 2021; ALMUFARRIJ e MUNRO, 2021). Os casos de alterações auditivas ou do equilíbrio corporal deverão seguir os fluxos já existentes na rede SUS-BH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARRATI, A. M.; GALE, N. S.; ENRIGHT, S.; MUNNERY, M. M. *et al.* A simple and rapid test of physical performance in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, p. 1785-1791, 2016. <https://doi.org/10.2147/COPD.S106151>.

ALMUFARRIJ, I.; MUNRO, K. J. One year on: an updated systematic review of SARS-CoV-2, COVID-19 and audio-vestibular symptoms. *Int J Audiol*, p. 1-11, Mar 2021. <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1896793>.

ALTUNDAG, A.; CAYONU, M.; KAYABASOGLU, G.; SALIHOGLU, M. *et al.* Modified olfactory training in patients with postinfectious olfactory loss. *Laryngoscope*, 125, n. 8, p. 1763-1766, Aug 2015. <http://doi.org/10.1002/lary.25245>.

AMBELET, V.; VOUGA, M.; POMAR, L.; FAVRE, G. *et al.* SARS-CoV-2 in the context of past coronaviruses epidemics: Consideration for prenatal care. *Prenat Diagn*, 40, n. 13, p. 1641-1654, 12 2020. <https://doi.org/10.1002/pd.5759>.

AMERICAN ACADEMY OF MEDICAL ACUPUNCTURE. AUDETTE, J. SARS-CoV-2 infection, Post COVID-19 Symptoms and Acupuncture. Disponível em: <<https://medicalacupuncture.org/for-physicians/research/audette-covid-paper/>>

AMERICAN ACADEMY OF MEDICAL ACUPUNCTURE. Joseph Audette. SARS-CoV-2 infection, Post COVID-19 Symptoms and Acupuncture. Disponível em: <<https://medicalacupuncture.org/for-physicians/research/audette-covid-paper/>>

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2), 2020. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>.

AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION. Nutrition and Hydration: Key weapons in the fight against COVID-19, 2020. Disponível em: <https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/Documents/Guidelines_and_Clinical_Resources/COVID19/COVID19%20Patient%20Nutrition%20Paper.pdf>

AMERICAN SOCIETY OF HEMATOLOGY. COVID-19 resources. COVID-19 and vte-anticoagulation. Disponível em: <https://www.hematology.org/COVID-19/COVID-19-and-vte-anticoagulation>. Acesso em 08/04/2021.

ANDRENELLI, E.; NEGRINI, F.; DE SIRE, A.; PATRINI, M. *et al.* Rehabilitation and COVID-19: update of the rapid living systematic review by Cochrane Rehabilitation Field as of February 28th, 2021. *Eur J Phys Rehabil Med*, 04 2021. ID: covidwho-1190731.

ASSOBRAFIR. COMUNICAÇÃO OFICIAL COVID-19. manejo de pacientes com sintomas leves, 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_Formas-Leves_2020.06.03.pdf>. Atualizado em 3 de junho de 2020.

ASSOBRAFIR. COMUNICAÇÃO OFICIAL COVID-19. Mobilização Precoce e Reabilitação em Pediatria. Mobilização Precoce Do Paciente Crítico e Reabilitação Pós alta Hospitalar Na População Infantil Acometida Por Covid19, 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_Reabilita%C3%A7ao_Ped_2020.05.31-1.pdf>

ASSOBRAFIR. COMUNICAÇÃO OFICIAL COVID-19. Protocolo de mobilização precoce de paciente crítico e reabilitação pós-alta hospitalar na população infantil acometida de COVID-19. 2020. <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.022>.

ASSOBRAFIR. COMUNICAÇÃO OFICIAL COVID-19. Recomendações para a atuação dos Fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) de pacientes suspeitos ou diagnosticados com COVID-19, 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_APS_2020.06.01.pdf>.

AUDETTE, J. SARS-CoV-2 infection, Post COVID-19 Symptoms and Acupuncture. Disponível em: <<https://medicalacupuncture.org/for-physicians/research/audette-covid-paper/>>

BARAZZONI, R.; BISCHOFF, S. C.; BREDA, J.; WICKRAMASINGHE, K. *et al.* ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr*, 39, n. 6, p. 1631-1638, 06, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>.

BARKER-DAVIES, R. M.; O'SULLIVAN, O.; SENARATNE, K. P. P.; BAKER, P. *et al.* The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med*, 54, n. 16, p. 949-959, Aug 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica COVID-19 nº007/2020 - CIE-VS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GAFIE/GRSAM/GEICS/DIAS/SCINT/GERAE/DMAC/SMSA/PBH. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n007_2020.pdf

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, 2011. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_tratamento_feridas.pdf>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/diretrizes-assistencia-farmacutica.pdf>.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Instrutivo De Avaliação Nutricional e Cálculo Das Necessidades Energético Proteicas. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/avaliacao-nutricional-final.pdf>>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Manual para Teleatendimento: novos tempos, novos desafios. Agosto de 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/manual-para-teleatendimento_19-08-20.pdf>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica 008 - Comissão de Farmácia e Terapêutica/ Gerência de Rede Complementar. Padronização de heparina de baixo peso molecular para terapia de ponte nas Clínicas de Anticoagulação da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH. Abril /2020. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/Protocolo%20da%20rede%20municipal%20de%20anticoagulac%CC%A7a%CC%83o%2022%2003%2019%20%20consulta%20publica.pdf>>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica 09 - Comissão de Farmácia e Terapêutica. Padronização de Heparinas na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) / BH. Abril/2019 - revisão:06. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/N.T.%2001%20-2016%20%20-%20Heparinas.pdf>>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica COVID-19 nº 019/2020. Orientações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) nos serviços da rede própria do SUS-BH em situação de surto/epidemia de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2. (Atualizada em 02/12/2020). Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n019_2020-atualiz-02122020.pdf>. Acesso em 27/05/2021.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica COVID-19 nº 0011/2020 - Recomendações para adequação das atividades do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n011_2020-atualiz-25112020.pdf>.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo da Rede Ambulatorial de Anticoagulação. Disponível em:<<http://fluxosusbh.pbh/anexos/602a21753199b5b5e24adb0cf8d4619542d443d3.pdf>>. Acesso em 15/04/21.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Disfunção Temporomandibular/DTM e Dor Orofacial/DPRF da Rede SUSBH – Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo-dtm-ultimo.pdf>>

BENTON, M. J.; ALEXANDER, J. L.; HOLLAND, J. D. Relationship between strength, function, and quality of life in older adults with chronic lung disease: is there an influence of gender? *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 34, n. 2, p. 143-149, 2014 Mar-Apr 2014. <http://dx.doi.org/10.1097/HCR.0000000000000041>.

BERG, K. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Can J Public Health*, 83, S7-S11, 1992. PMID: 1468055.

BIADSEE, A.; KASSEM, F.; DAGAN, O.; MASARWA, S. *et al.* Olfactory and Oral Manifestations of COVID-19: Sex-Related Symptoms-A Potential Pathway to Early Diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 163, n. 4, p. 722-728, 10 2020. <https://doi.org/10.1177/0194599820934380>.

BIKDELI, B.; MADHAVAN, M. V.; JIMENEZ, D., *et al.* COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-Up: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*, 75:2950, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.031>.

BIRKENMEIER, R. L.; LANG, C. E. Upper-Extremity task-specific training after stroke or disability. AOTA press, 2013.

BOHANNON, R. W.; CROUCH, R. H. Two-Minute Step Test of Exercise Capacity: Systematic Review of Procedures, Performance, and Clinimetric Properties. *J Geriatr Phys Ther*, 42, n. 2, p. 105-112, 2019 Apr/Jun 2019. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000164>.

BORG, G. A. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc*. 14:377-81, 1982. PMID: 7154893.

BORNSTEIN, S. R, RUBINO, F; KHUNTI, K. *et al.* Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2020. doi:10.1016/S2213-8587(20)30152-2. [Epub ahead of print: 23 Apr 2020]. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30152-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30152-2)

BRANCATELLA, A.; RICCI, D.; VIOLA, N.; *et al.* Subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 infection. *J Clin Endocrinol Metab*. Jul 1;105(7):pg 276, 2020. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa276>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, 1a edição revisada, Brasília - DF 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39), 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº825, De 25 De Abril De 2016. Redefine A Atenção Domiciliar No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (Sus) E Atualiza As Equipes Habilitadas. Disponível em: <http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2016/Prt0825_25_04_2016.Html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília - DF, versão 4, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_recomendacoes_para_a_assistencia_da_gestante_e_puerpera_frente_a_pandemia_de_COVID-19_v.1.pdf>

BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE. Rehabilitation in the wake of covid-19—aphoenixfromtheashes, 2020. Disponível em: <<https://www.bsrm.org.uk/downloads/covid-19bsrmissue2-11-5-2020-forweb11-5-20.pdf>>

BRITISH THORACIC SOCIETY. BTS guidance on venous thromboembolic disease in patients with COVID-19 (updated 4th May 2020), 2020. Disponível em: <https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2uO_42qnqAhW9QEEAHcDpCFkQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.brit-thoracic.org.uk%2Fdocument-library%2Fquality-improvement%2FCOVID-19%2Fbts-guidance-on-venous-thromboembolic-disease-in-patients-with-COVID19%2F&usg=AOvVaw1wijaL_6ylc_iYAM2V6TfV.>>

BUTLAND, R. J.; PANG, J.; GROSS, E. R.; WOODCOCK, A. A. *et al.* Two-, six-, and 12-minute walking tests in respiratory disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 284, n. 6329, p. 1607-1608, May 1982. <https://doi.org/10.1136/bmj.284.6329.1607>.

CABRERA, M. A.; KARAMSETTY, L.; SIMPSON, S. A. Coronavirus and Its Implications for Psychiatry: A Rapid Review of the Early Literature. *Psychosomatics*, 61, n. 6, p. 607-615, 2020 Nov - Dec 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.05.018>.

CACAU, L. A. P.; CARVALHO, V. O.; DOS SANTOS PIN, A.; ARAUJO DANIEL, C. R. *et al.* Reference Values for the 6-min Walk Distance in Healthy Children Age 7 to 12 Years in Brazil: Main Results of the TC6minBrasil Multi-Center Study. *Respir Care*, 63, n. 3, p. 339-346, Mar 2018. <https://doi.org/10.4187/respcare.05686>.

CAFORIO, A. L. P.; MANCINI, D.; YEON, S. B.. UPTODATE. COVID-19: Manifestações cardíacas em adultos. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-cardiac-manifestations-in-adults?search=undefined&topicRef=127537&source=see_link#H3891436593>. Acesso em 15/04/21.

CALABRESE, M.; GAROFANO, M.; PALUMBO, R. *et al.* Exercise training and cardiac rehabilitation in covid-19 patients with cardiovascular complications: State of Art. *Life*: 11(3):259, 2021. <https://doi.org/10.3390/life11030259>.

CALLARD, F.; Perego, B. How and why patients made Long COVID. *Soc Sci Med*. 2021 Jan; 268: 113426. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426>. PMID: 33199035

CAMELIER, Aquiles *et al.* Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]*, v. 32, n. 2, p. 114-122, 2006. Acesso em: 2 Junho 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000200006>>. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000200006>.

CARFI, A.; BERNABEI, R.; LANDI, F. *et al.* Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020 Aug 11;324(6):603-605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>.

CARNEIRO, T. M. S. C; Araújo, T. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. *Rev Bras Med Trab*.14, n. 3, p. 262-74, 2016. DOI: 10.5327/Z1679-443520165115.

CHEN, Y.; CHENGCHENG, Z.; ZHANGMENG Xu, SONG Y., Zhang, H. Acupuntura para doença do vírus corona. Um protocolo para revisão sistemática e meta-análise, 2019. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6002.

CHEN, Y.; ZHU, C.; XU, Z.; SONG, Y. *et al.* Acupuncture for corona virus disease 2019: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99, n. 40, p. e22231, Oct 2020. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022231>.

CHO, H. J.; COSTA, E.; MENEZES, P. R.; CHALDER, T.; BHUGRA, D.; WESSELY, S. Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. *J Psychosom Res*. Mar;62(3):301-4, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.018>.

COELHO, D. H.; REITER, E. R.; BUDD, S. G.; SHIN, Y.; KONS, Z. A.; CONSTANZO, R. M. Quality of life and safety impact of COVID-19 associated smell and taste disturbances. *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg*. 42:1-5, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.103001>.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL (CFESS): Grupo de Trabalho " Serviço Social na Saúde" - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde - Série:Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais - Brasília - 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - Região 4 (CREFITO 4). Diretrizes de reabilitação terapêutica ocupacional na síndrome PÓS-COVID-19, 2021. Disponível em: <<https://crefito4.org.br/site/wp-content/uploads/2021/04/cartilha-diretrizes-de-reabilitacao-terapeutica-ocupacional-na-sindrome-pos-covid-19-2021-2.pdf>>

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - Região 4. (CREFITO 4) Diretrizes de Reabilitação Fisioterapêutica na Síndrome PÓS-COVID-19. cartilhas, 2021. Disponível em: <https://crefito4.org.br/site/wp-content/uploads/2021/03/cartilha-diretrizes-de-reabilitacao-fisioterapeutica-na-sindrome-pos-covid-19-17_03.pdf>

CUI, S.; CHEN, S.; LI, X.; LIU, S.; WANG, F. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*: 18:1421-4, 2020. <https://doi.org/10.1111/jth.14830>.

DANI M, DIRKSEN A, Taraborrelli P, Torocastro M, Panagopoulos D, Sutton R, Lim PB. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clin Med (Lond)*. 2021 Jan;21(1):e63-e67. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0896>.

DARLENSKI, R.; TSANKOV, N. COVID-19 pandemic and the skin: what should dermatologists know? *Clin Dermatol*, 38, n. 6, p. 785-787, 2020 Nov - Dec 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clin-dermatol.2020.03.012>

DASHRAATH, P.; WONG, J. L. J.; LIM, M. X. K.; LIM LM, Li S, BISWAS, A.; CHOOLANI, M.; MATTAR, C.; SU, L. L. Coronavirus disease 2019 (COVID -19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 222(6): 521-531, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>.

DE LORENZO, R.; CONTE, C.; LANZANI, C.; BENEDETTI, F. *et al*. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One*, 15, n. 10, p. e0239570, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239570>.

DE-CARLO, M. M. R. do P.; GOMES-FERRAZ, C. A.; REZENDE, G.; BUIN, L. *et al*. Diretrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da COVID-19 e perspectivas pós-pandemia. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet], 2020 [citado 22 de abril de 2021];53(3):332-69. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173471>>.

DEEMS, D. A.; DOTY, R. L.; SETTLE, R. G. Smell and taste disorders, a study of 750 patients from the University of Pennsylvania Smell and Taste Center. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 117, p.519-28,1991. <https://doi.org/10.1001/archotol.1991.01870170065015>.

DISSER, N. P.; De MICHELI, A. J.; SCHONK, M. M. *et al*. Musculoskeletal consequences of COVID-19. *J Bone Joint Surg Am.*, 102, n.14, p.1197-204, 2020. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00847>.

DOWSON, D. R. *et al*. Cognitive Orientation to daily Occupational Performance in Occupational Therapy. AOTA Press, 2017.

EL MAGHRAOUI, A.; ROUX, C. DXA scanning in clinical practice. *QJM*, 101, p. 605-17, 2008. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcn022>.

ELLINGTON, S.; STRID, P.; TONG, V. T.; WOODWORTH, K. *et al.* Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69, n. 25, p. 769-775, Jun 2020.

ENOKA, R. M.; DUCHATEAU, J. Translating Fatigue to Human Performance. *Med Sci Sports Exerc*, 48, n. 11, p. 2228-2238, 11 2016. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000929>.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – Informe ENSP. STEVANIM, L. F. Capa da revista *Radis*. Desigualdade social e econômica em tempos de Covid-19. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-covid-19>>. Acesso em: 15/06/2021.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. ESC guidance for the diagnosis and management of CV disease during the COVID-19 pandemic. 2020. Disponível em: <<https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>>.

FANTOZZI, P. J.; PAMPENA, E.; DI VANNA, D.; PELLEGRINO, E. *et al.* Xerostomia, gustatory and olfactory dysfunctions in patients with COVID-19. *Am J Otolaryngol*, 41, n. 6, p. 102721, 2020 Nov - Dec 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102721>.

GEORGE, P. M.; BARRATT, S.; DESAI, SR; *et al.* British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. V1.2. 11 maio 2020. Disponível em:<<https://www.brit-thoracic.org.uk/covid-19/covid-19-information-for-the-respiratory-community/>>. Acesso em 01/06/2021.

GREENHALGH, T.; KNIGHT, M.; A'COURT, C.; BUXTON, M. *et al.* Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*, 370, p. m3026, 08 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>.

HENDERSON, L. A.; CANNA, S. W.; FRIEDMAN, K. G.; GORELIK, M. *et al.* American College of Rheumatology Clinical Guidance for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With SARS-CoV-2 and Hyperinflammation in Pediatric COVID-19: Version 1. *Arthritis Rheumatol*, 72, n. 11, p. 1791-1805, 11 2020. <https://doi.org/10.1002/art.41616>.

HERMANS, G.; CLERCKX, B.; VANHULLEBUSCH, T.; SEGERS, J. *et al.* Interobserver agreement of Medical Research Council sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle Nerve*, 45, n. 1, p. 18-25, Jan 2012. <https://doi.org/10.1002/mus.22219>.

HITCH, D.; CRAMER, E.; ADCOCK, E.; SAYERS, H. N. The functional impacts of the COVID-19 pandemic: A rapid review, 2020. Disponível em: Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-31204/v1>.

JONES, S. E.; KON, S. S.; CANAVAN, J. L.; PATEL, M. S. *et al.* The five-repetition sit-to-stand test as a functional outcome measure in COPD. *Thorax*, 68, n. 11, p. 1015-1020, Nov 2013. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203576>.

JUAN, J.; GIL, M. M.; RONG, Z.; ZHANG, Y. *et al.* Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 56, n. 1, p. 15-27, 07 2020. <https://doi.org/10.1002/uog.22088>.

KEYHANIAN, K.; UMETON, R. P.; MOHIT, B.; DAVOUDI, V. *et al.* SARS-CoV-2 and nervous system: From pathogenesis to clinical manifestation. *J Neuroimmunol*, 350, p. 577436, Nov 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2020.577436>.

KLOK, F. A.; BOON, G. J. A. M.; BARCO, S.; ENDRES, M. *et al.* The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J*, 56, n. 1, 07 2020. <https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>.

KLOK, F. A.; KRUIP, M. J. H. A.; VAN DER MEER, N. J. M. *et al.* Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*, 191, P.145-7, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.013>.

KNIGHT, M.; BUNCH, K.; VOUSDEN, N.; MORRIS, E. *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*, 369, p. m2107, 06 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>.

KNOFERLE, K.; SPENCE, C. Crossmodal correspondences between sounds and tastes. *Psychon Bull Rev*, 2012. <https://doi.org/10.3758/s13423-012-0321-z>.

KOVELIS, D.; SEGRETTI, N. O.; PROBST, V. S. *et al.* Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Bras Pneumol*, 34, n.12, p.1008-1018, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001200005>.

LABORATORIES, A. C. O. P. S. F. C. P. F. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med*, 166, n. 1, p. 111-117, Jul 2002. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102>.

LADDS, E.; RUSHFORTH, A.; WIERINGA, S.; TAYLOR, S. *et al.* Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. *BMC Health Serv Res*, 20, n. 1, p. 1144, Dec 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>.

LATHAM, C.A.T.; and RADONSKI, M.V. *Terapia Ocupacional para disfunções Físicas*. 6 Ed. Santos. 2013.

LATRONICO, N.; GOSSELINK, R. Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 27, n. 3, p. 199-201, 2015. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036>.

LAW, M. *et al.* *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Editora: UFMG, 2009.

LECHIEN, J. R.; CHIESA-ESTOMBA, C. M.; DE SIATI, D. R.; HOROI, M.; LE BON, S. D.; RODRIGUEZ, A.; *et al.* Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 277(8):2251, 2020. Epub 2020 Apr 6. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>.

LIMA, V. P.; VELLOSO, M.; PESSOA, B. P. *et al.* Valores normativos para o teste Unsupported Upper Limb Exercise para adultos saudáveis no Brasil. *J Bras Pneumol*, 46, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180267>.

LSHAFFEEY, F.; MAGDI, R.; HINDI, N.; ELSHEBINY, M. *et al.* A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*, 150, n. 1, p. 47-52, Jul 2020. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13182>.

LUISA DEMATTÈ, M.; SANABRIA, D.; SPENCE, C. Cross-modal associations between odors and colors. *Chem Senses*, 31, n. 6, p. 531-538, Jul 2006. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjj057>.

MACHADO, M. G. R. Bases da Fisioterapia Respiratória. Terapia intensiva e Reabilitação. 2a edição. Editora Guanabara Koogan, 2018.

MADAN, I; BRIGGS, T. A; CHEW-GRAHAM, C; CULLINAN, P. *et al.* Guidance for healthcare professionals on return to work for patients with long-COVID. Faculty of Occupational Medicine of the Royal of Physicians, 2021. Disponível em: <https://www.fom.ac.uk/wp-content/uploads/longCOVID_guidance_04.pdf. Acesso em 15/04/21>

MADJID, M.; SAFAVI-NAEINI, P.; SOLOMON, S. D. *et al.* Potential effects of coronaviruses on the cardiovascular system: a review. *JAMA Cardiol*, 5, n.7, p.831-40, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>.

MAFFEIS, E. R.; NETTO, S. C. R. Fatores que alteram a percepção gustativa. *Rev. Fac Odontol Lins*, 3, n. 2, p. 28-32, 1990. <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v25.e2.a2013.pp111-115>.

MARTINEZ, M. C; LATORRE, M. R. D. O; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 15, suppl 1, Jun 2010.

MCCONAGHY, J. R.; Aronson, M. D.; Givens, J. Avaliação ambulatorial do adulto com dor no peito. UPTODATE, 2021. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/outpatient-evaluation-of-the-adult-with-chest-pain?search=dor%20no%20peito&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 15/04/21.

MCNAMARA, R. The Pulmonary Rehabilitation Toolkit. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2007. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(07\)70054-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(07)70054-5).

MIECZKOWSKA, K., DEUTSCH, A., BOROK, J., GUZMAN, A. K., FRUCHTER, R., PATEL, P., WIND, O., MCLELLAN, B. N., MANN, R. E., HALVERSTAM, C. P. Telogen effluvium: a sequela of COVID-19. *International journal of dermatology*, 60, n.1, p. 122–124, 2021. <https://doi.org/10.1111/ijd.15313>

MIKKELSEN, M. E.; ABRAMOFF, B. COVID-19: Evaluation and management of adults following acute viral illness. Manaker S, Emore JG, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em: <<https://www.uptodate.com>>. Acesso em: 4 de Abril de 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Informativa: Recomendações sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais [homepage on the internet]. Belo Horizonte: SES; 2020a. [acesso em: 2021 mar 24]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/12-11_NOTA_INFORMATIVA_Reabilitacao-COVID-19.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19, versão 4 [homepage on the internet]. Belo Horizonte: SES; 2020. [acesso em: 24 de março de 2021]. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/anexos/10-12-_GUIA_ORIENTADOR_APS_VERSAO_4.pdf

MULLER, I.; CANNAVARO, D.; DAZZI, D. *et al.* SARS-CoV-2-related atypical thyroiditis. *Lancet Diabetes Endocrinol.*, 8, n.9, p.739-41, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30266-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30266-7).

NALBANDIAN, A.; SEHGAL, K.; GUPTA, A.; MADHAVAN, M. V. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*, Mar 2021. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management (NICE guideline NG106), 2018. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng106>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing (clinical guideline CG144), 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg144>>.

NHS. Long-term effects of coronavirus (long COVID). Disponível em: <<https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk/your-road-to-recovery/when-do-i-need-to-seek-help/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

NHS. Long-term effects of coronavirus (long COVID). Disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/long-term-effects-of-coronavirus-long-covid/>>

NHS. You COVID recovery. When Do I Need To Seek help?. Your COVID recovery. [S.l.]. Disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/long-term-effects-of-coronavirus-long-covid/>>

NHS. Your COVID recovery. When Do I Need To Seek Help? 2020. Disponível em: <<https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk/your-road-to-recovery/when-do-i-need-to-see-help/>>

NOAL, D.; DAMÁSIO, F. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz: Fiocruz, 2020. Disponível em: [hTTP://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41030](http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41030).

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. PESSOA, Z. S.; TEIXEIRA, R. L. P. T. Vulnerabilidades e Sociedade de riscos em Tempos de COVID-19. Disponível em: <<http://www.observatoriodas-metropoles.net.br/vulnerabilidades-e-sociedade-de-riscos-em-tempos-de-covid-19>>. Acesso em: 14/05/2020.

OLDS, H.; LIU, J.; LUK, K.; LIM, H. W. *et al.* Telogen effluvium associated with COVID-19 infection. *Dermatol Ther*, 34, n. 2, p. e14761, Mar 2021. <https://doi.org/10.1111/dth.14761>.

ORFORD, N. R.; BAILEY, M.; BELLOMO, R.; PASCO, J. A. *et al.* The association of time and medications with changes in bone mineral density in the 2 years after critical illness. *Crit Care*, 21, n. 1, p. 69, 03 2017. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1657-6>.

ORFORD, N. R.; LANE, S. E.; BAILEY, M.; PASCO, J. A. *et al.* Changes in Bone Mineral Density in the Year after Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med*, 193, n. 7, p. 736-744, Apr 2016. <https://doi.org/10.1164/rccm.201508-1514OC>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

PALIWAL, V. K.; GARG, R. K.; GUPTA, A.; TEJAN, N. Neuromuscular presentations in patients with COVID-19. *Neurol Sci*, 41, n. 11, p. 3039-3056, Nov 2020. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04708-8>.

PATEL, Z. M.; WISE, S. K.; DELGAUDIO, J. M. Randomized Controlled Trial Demonstrating Cost-Effective Method of Olfactory Training in Clinical Practice: Essential Oils at Uncontrolled Concentration. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*, 2, n. 2, p. 53-56, 04 2017. <https://doi.org/10.1002/lio2.62>.

PAVLI, A.; THEODORIDOU, M.; MALTEZOU, H. C. Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. *Arch Med Res*, 5:21, May 2021. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2021.03.010>. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2021.03.010>.

PELLICCIA, A.; SOLBERG, E. E.; PAPADAKIS, M.; ADAMI, P. E. *et al.* Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J*, 40, n. 1, p. 19-33, 01 2019. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy730>.

PEREIRA, C. A. C. Espirometria In Diretriz de Função Pulmonar. *J Pneumol*, 28, supl 3, s22, 2002. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/details-sup/45>.

PIERCE-WILLIAMS, R. A. M.; BURD, J.; FELDER, L.; KHOURY, R. *et al.* Clinical course of severe and critical coronavirus disease 2019 in hospitalized pregnancies: a United States cohort study. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2, n. 3, p. 100134, 08 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100134>.

PUIG-DOMINGO, M.; MARAZUELA, M.; GIUSTINA, A. COVID-19 and endocrine diseases. A statement from the European Society of Endocrinology. *Endocrine*, 68, n. 1, p. 2-5, 04 2020. <https://doi.org/10.1007/s12020-020-02294-5>.

RANDO, H. M.; BENNETT, T. D.; BYRD, J. B.; BRAMANTE, C. *et al.* Challenges in defining Long COVID: Striking differences across literature, Electronic Health Records, and patient-reported information. *medRxiv*, Mar 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.03.20.21253896>.

RIBEIRO, G. E.; SILVA, D. P. C. Implicações audiológicas da COVID-19: revisão integrativa da literatura. *Rev. CEFAC*, 23, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212319620>.

ROHDE, L.A. (Coord.) Guia de Saúde Mental Pós Pandemia no Brasil. Instituto de Ciências Integradas. Outubro/2020.

RUBINO, F.; AMIEL, S. A.; ZIMMET, P. *et al.* New-Onset Diabetes in Covid-19. *N Engl J Med*, p. 383:789, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2018688>.

SALMAN, D.; VISHNUBALA, D.; LE FEUVRE, P. *et al.* Returning to physical activity after covid-19. *BMJ*, 372, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4721>.

SANIASIAYA, J.; ISLAM, M. A.; ABDULLAH, B. Prevalence of Olfactory Dysfunction in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Meta-analysis of 27,492 Patients. *Laryngoscope*. 131(4): 865, 2020. Epub 2020 Dec 5. <https://doi.org/10.1002/lary.29286>.

SHUBERT, T. E.; SCHRODT, L. A.; MERCER, V. S.; BUSBY-WHITEHEAD, J. *et al.* Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults? *J Geriatr Phys Ther*, 29, n. 1, p. 35-39, 2006. PMID: 16630375.

SMID, J.; NITRINI, R. Propedêutica Neurológica. 2008. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1189/propedeutica_neurológica.htm>

SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE MANAGEMENT. Considerations for Pregnant Patients With COVID-19 Developed with guidance from Torre Halscott, MD, MS; Jason Vaught, MD; and the SMFM COVID-19 Task Force 2.2.21 (this is an update of the draft originally posted on 1.7.21).

SPRUIT, M. A.; HOLLAND, A. E.; SINGH, S. J.; TONIA, T. *et al.* COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force. *Eur Respir J*, Aug 2020. <https://doi.org/10.1183/13993003.02197-2020>.

TAKACS, M.; FRASS, M.; WALDER, G.; FIBERT, P. *et al.* Adjunctive homeopathic treatment of hospitalized COVID-19 patients (COVIHOM): A retrospective case series. *Complement Ther Clin Pract*, 44, p. 101415, May 2021. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101415>.

THE FACULTY OF INTENSIVE CARE MEDICINE [homepage on the Internet]. London: The Faculty; c2020 [updated 2020 May; cited 2020 Dec 22]. FICM Position statement and provisional guidance: recovery and rehabilitation for patients following the pandemic. [Adobe Acrobat document, 20p.]. Disponível em: <https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/ficm_rehab_provisional_guidance.pdf>

TIMOTHY, J. W. *Functional Cognitive Functional Cognition and Occupational Therapy: A Practical Approach to Treating Individuals With Cognitive Loss*. AOTA Press, 2019.

TOWNSEND, L.; DYER, A. H.; JONES, K.; DUNNE, J. *et al.* Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *PLoS One*, 15, n. 11, p. e0240784, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240784>.

WAHAB, N. A.; JONES, R. D.; HUCKABEE, M. L. Effects of olfactory and gustatory stimuli on neural excitability for swallowing. *Physiol Behav*, 101, p.568-75, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.09.008>.

XIONG, Q.; XU, M.; LI, J. *et al.* Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*, 27, n.89, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.023>.

YAN, J.; GUO, J.; FAN, C. *et al.* Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 223, n. 1, p.111, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.014>.

ZENG, L.; XIA, S.; YUAN, W. *et al.* Neonatal Early-Onset Infection With SARSCoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr*, 174, n.7, p.722-725, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0878>.

ZHAO, H-M. *et al.* Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. *Chinese Medical Journal*, 2020. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000848>.

ANEXOS



1 ESCALA DE FADIGA DE CHALDER (CFQ-11)

A Escala de Fadiga de Chalder é uma escala de 11 afirmativas utilizada para mensurar tanto a fadiga física (itens 1 a 7) quanto a fadiga mental (itens 8 a 11) com o paciente dando uma pontuação de 0 a 3 (escala tipo "Likert") a cada uma das 11 afirmativas, onde:

- 0 = nunca.
- 1 = raramente.
- 2 = às vezes.
- 3 = sempre.

Assim, a pontuação global de fadiga pode alcançar um total de até 33 pontos, sendo o valor das pontuações para a subescala de fadiga física compreendido de 0 a 21 pontos e para a subescala de fadiga mental de 0 a 12 pontos.

A quantificação final para diagnóstico de fadiga exige um segundo cálculo que permite a diferenciação de casos e é realizada analisando as pontuações de forma bimodal para cada um dos 11 itens:

- Pontuação 0 para respostas "Nunca" ou "Raramente".
- Pontuação 1 para as respostas "Às vezes" ou "Sempre".

A soma de todas as 11 pontuações binárias define:

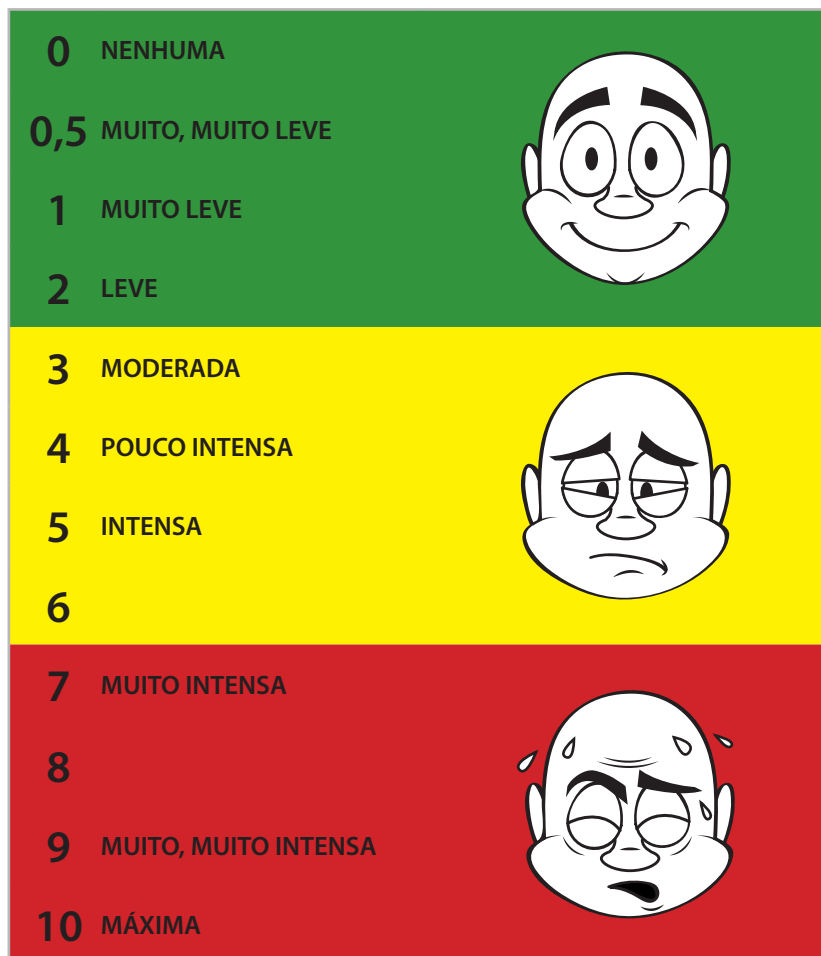
- Soma entre 0 e 3 = fadiga leve ou ausente.
- Soma acima de 4 = fadiga moderada ou grave.

ESCALA DE FADIGA DE CHALDER

Em relação às duas últimas semanas, por favor, marque com um "X" as condições seguintes, de acordo com as opções ao lado.

Fadiga física	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Sempre 3
1. Eu me cansei facilmente.				
2. Precisei descansar mais.				
3. Estive sonolento.				
4. Não consegui iniciar nada.				
5. Estive com falta de ânimo.				
6. Senti menos força nos músculos.				
7. Me senti fraco.				
Fadiga mental	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Sempre 3
8. Tive problemas de concentração.				
9. Tive dificuldade para pensar claramente.				
10. Tive dificuldade para encontrar a palavra certa.				
11. Tive problemas de memória.				

2 ESCALA MODIFICADA DE BORG CR10



Adaptado por CACAU *et al.*, 2018.

3 DISPENSAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

DISPENSAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (OTD)

FLUXO I

CLIENTES HOSPITALIZADOS COM INDICAÇÃO DE OTD- SUS/BH UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA CAMPOS SALES (URS C. Sales)

I- CADASTRAR O USUÁRIO COM INDICAÇÃO DE OTD NA URS CAMPOS SALES

PRÉ- REQUISITOS:

- Laudo médico para OTD devidamente preenchido (clínico pediatra ou pneumologista). Vide Manual de Procedimentos. Deverá ser utilizado o formulário padronizado pela SMSA que será entregue aos familiares ou representantes do paciente na URS Campos Sales, URS Sagrada Família ou Centro de Saúde responsável pelo atendimento do usuário.
- Apresentação de comprovante de residência.

Em áreas cobertas pelo Programa BH Vida (ou seja, com população adscrita e visitada regularmente pelo ACS), deverá ser apresentada a Declaração do Centro de Saúde confirmando que o paciente reside em sua área de abrangência.

Nas áreas não cobertas, serão considerados adequados outros comprovantes de residência habitualmente aceitos (última conta de água, luz, telefone, etc em nome do usuário).

- Requerimento de OTD. Vide Manual de Procedimentos. Este formulário estará disponível na URS Campos Sales.
- Apresentar os resultados dos exames:
 - imagem do tórax, ECG ou Ecocardiograma (realizados há no máximo 1 ano).
 - gasometria arterial ou oximetria de pulso e hematócrito (realizados há no máximo de 30 dias).

OBS: O cadastramento poderá ser feito por familiar e/ou responsável pelo paciente.

CADASTRAMENTO: URS C. Sales (R. Campos Sales, 472. Gameleira-1º andar- sala117)

II- AVALIAÇÃO DO LAUDO POR PNEUMOLOGISTA DA URS CAMPOS SALES

- O pneumologista emitirá parecer final sobre a indicação ou não da OTD.
- Os resultados dos laudos serão informados e entregues aos usuários que serão orientados sobre os procedimentos subsequentes.

III- FLUXO APÓS LAUDO MÉDICO DO PNEUMOLOGISTA

LAUDO MÉDICO SEM INDICAÇÃO DE OTD	LAUDO MÉDICO COM INDICAÇÃO DE OTD
<p>URS Campos Sales</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicará o parecer técnico do laudo ao hospital de origem, ao C. Saúde de referência e ao usuário.• No laudo constarão as observações do pneumologista, para continuidade do tratamento.	<p>URS Campos Sales</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicará o parecer técnico do laudo ao C. Saúde de referência e ao usuário.• Agendará a dispensação do equipamento com o usuário e informará ao C. Saúde de referência.• Autorizará o fornecimento do equipamento.• Comunicará com o fornecedor do equipamento.• Emitirá termo de responsabilidade pelo empréstimo do equipamento, assinado pelo usuário ou familiar. <p>Centros de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Agendará nova consulta no C. de Saúde no prazo de 2 meses para avaliação, após o início do uso de OTD (para emitir novo laudo).• Se responsabilizará pelo acompanhamento e orientação ao usuário.• Se o usuário não tiver sido avaliado por pneumologista, fará o agendamento de uma 1ª consulta na URS C. Sales (3277- 7048).• Providenciará a reavaliação médica a cada 6 meses para usuários de OTD, com emissão de novo laudo pelo C. de Saúde.

DISPENSAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (OTD)

FLUXO II

CLIENTES NÃO HOSPITALIZADOS COM INDICAÇÃO DE OTD- SUS/BH UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA CAMPOS SALES (URS C. Sales)

I- AGENDAR CONSULTA MÉDICA NO C. SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO USUÁRIO OU CONSULTA DOMICILIAR (na impossibilidade de ir ao Centro de Saúde)

- O laudo médico para OTD deverá ser devidamente preenchido (médico do PSF, clínico ou pediatra) no formulário padronizado pela SMSA, que estará disponível nos Centros de Saúde. (Vide Manual de Procedimentos).

Obs: Se o usuário já apresentar o laudo preenchido por outro médico (clínico, pediatra ou pneumologista) no formulário padronizado pela SMSA, o médico do Centro de Saúde deverá avaliar o preenchimento do mesmo e se este não estiver adequado será necessário refazê-lo. Se estiver adequado, deverão ser anexados os exames, o comprovante de residência e o usuário ou seu responsável deverá ser orientado a efetuar o cadastramento na URS Campos Sales.

II- CADASTRAR O USUÁRIO COM INDICAÇÃO DE OTD NA URS CAMPOS SALES

PRÉ- REQUISITOS:

- Laudo médico devidamente preenchido em formulário padronizado pela SMSA (médico do PSF, clínico, pediatra ou pneumologista). Vide Manual de Procedimentos.
- Apresentação de comprovante de residência.

Em áreas cobertas pelo Programa BH Vida (ou seja, com população adscrita e visitada regularmente pelo ACS), será necessária a Declaração do Centro de Saúde confirmando que o usuário reside em sua área de abrangência.

Nas áreas não cobertas, serão considerados adequados outros comprovantes de residência habitualmente aceitos (última conta de água, luz, telefone, etc em nome do usuário).

- Requerimento de OTD. Vide Manual de Procedimentos.
- Apresentar os resultados dos exames:
 - imagem do tórax, ECG ou Ecocardiograma (realizados há no máximo 1 ano).
 - gasometria arterial ou oximetria de pulso e hematócrito (realizados há no máximo 30 dias).

OBS: O cadastramento poderá ser feito por familiar e/ou responsável pelo paciente.

CADASTRAMENTO:- URS C. Sales (R. Campos Sales, 472. Gameleira-1º andar- sala117).

III- AVALIAÇÃO DO LAUDO POR PNEUMOLOGISTA DA URS CAMPOS SALES

- o pneumologista emitirá parecer final sobre a indicação ou não da OTD.
- os resultados dos laudos serão informados e entregues aos usuários que serão orientados sobre os procedimentos subsequentes.

IV- FLUXO APÓS LAUDO MÉDICO:

LAUDO MÉDICO SEM INDICAÇÃO DE OTD	LAUDO MÉDICO COM INDICAÇÃO DE OTD
<p>URS Campos Sales</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicará o parecer técnico do laudo ao C. Saúde de referência e ao usuário.• No laudo constarão as observações do Pneumologista, para continuidade do Tratamento.	<p>URS Campos Sales</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicará o parecer técnico do laudo ao C. Saúde de referência e ao usuário.• Agendará a dispensação do equipamento com o usuário e informar ao C. Saúde de referência.• Autorizará o fornecimento do equipamento.• Comunicará com o fornecedor do equipamento• Emitirá termo de responsabilidade pelo empréstimo do equipamento, assinado pelo usuário ou familiar. <p>Centros de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Agendará nova consulta no C. de Saúde no prazo de 2 meses para avaliação, após o início do uso de OTD (emitir novo laudo).• Se responsabilizará pelo acompanhamento e orientação ao usuário.• Se o usuário não tiver sido avaliado por pneumologista, fará o agendamento de uma 1ª consulta na URS C. Sales (3277-7048).• Providenciará a reavaliação médica a cada 6 meses para usuários de OTD, com emissão de novo laudo pelo C. de Saúde.

4 ESCALA MODIFICADA DE DISPNEIA DO MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MMRC)

VOCÊ TEM FALTA DE AR?	
Grau 0 (esperada)	Com atividades extraordinárias, tais como correr, carregar cargas pesadas no plano ou cargas leves subindo escadas.
Grau 1 (leve)	Com atividades maiores, tais como subir ladeira muito inclinada, 2 ou mais andares ou carregando pacote pesado de compras no plano.
Grau 2 (moderada)	Com atividades moderadas, tais como: subir 1 andar, caminhar depressa no plano, ou carregar cargas leves no plano.
Grau 3 (acentuada)	Com atividades leves, tais como: tomar banho, andar uma quadra em passo regular.
Grau 4 (muito acentuada)	Em repouso ou para se vestir ou caminhar poucos passos devagar.

5 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			Pontuação
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
COGNIÇÃO		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ⁶ <input type="checkbox"/> Não	
		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
HUMOR		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
MOBILIDADE		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Alcance, preensão e pinça	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
Marcha	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
Continência esfincteriana	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Polifarmácia	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Interação recente (<6 meses)	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas (); Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); Interação recente, nos últimos 6 meses (). <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), aplicação por telefone, adaptado para pacientes recuperados da COVID-19

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 Aplicação por Telefone	
<i>Olá. Gostaríamos de conversar sobre sua saúde global. Este questionário tem cerca de 20 perguntas e vai nos ajudar a melhorar sua autonomia e independência. Vamos precisar de cerca de 5 minutos para respondê-lo. Você tem interesse em participar? Ótimo, vamos lá.</i>	
1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 18 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você daria qual nota à sua saúde de 1 a 10, sendo 10, a melhor saúde possível, e 1, a pior.	6 a 10. Excelente, muito boa ou boa ⁰ 1 a 5. Regular ou ruim ¹
<i>Agora, vamos conversar sobre as tarefas do cotidiano. Gostaríamos de saber se, por causar da sua saúde ou condição física:</i>	
3. Você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde 5. Você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde 6. Você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ⁶ <input type="checkbox"/> Não	
<i>Você está indo muito bem! Agora, queremos saber como está sua memória e sua motivação.</i>	
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
<i>Se positivo, continuar perguntando:</i>	

<p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><i>Ok. Neste momento, gostaríamos de conversar sobre sua capacidade física:</i></p>
<p>12. Você perdeu a capacidade de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>13. Você perdeu a capacidade de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>14. Recentemente, você teve perda de peso ou emagrecimento significativo e não intencional? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>15. Você tem dificuldade para caminhar que o impede de realizar alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><i>Estamos quase acabando. Vamos conversar sobre sua visão e audição.</i></p>
<p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando óculos ou lente de contato? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando aparelho auditivo? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Chegamos quase ao fim. Agora queremos conversar sobre suas doenças e medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você utiliza 5 ou mais medicamentos diferentes todo dia? Considere todos os medicamentos de uso diário, mesmo aqueles que não foram receitados pelo médico. • Você teve alguma internação nos últimos 6 meses? • Agora, vamos listar alguns problemas de saúde que necessitam de controle médico regular. Você irá confirmar se algum médico já lhe falou que você tem algum destes problemas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensão arterial ou pressão alta? 2. Diabetes? 3. Depressão? 4. Acidente vascular cerebral ou derrame? 5. Infarto agudo do miocárdio ou enfarte? 6. Angina? 7. Insuficiência cardíaca? 8. Asma? 9. Enfisema ou bronquite crônica? 10. Artrite ou reumatismo? 11. Osteoporose? 12. Insuficiência renal crônica? 13. Doença de Parkinson? 14. Doença de Alzheimer? 15. Algum tipo de câncer?
<p><i>Pronto! Terminamos. Agradecemos sua participação e lembramos que estas informações serão encaminhadas para a equipe de saúde que está cuidando de você.</i></p>

6 AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR COMPLEMENTAR PARA USUÁRIOS PÓS-COVID

DATA: ____/____/____		AVALIADOR:		LOCAL:	
NOME USUÁRIO:			DATA NASC.: ____/____/____		IDADE: ____ anos
1. CONDIÇÕES DE SAÚDE/DIAGNÓSTICO: _____					
2. DATA INÍCIO DO EVENTO: ____/____/____		3. INTERNAÇÃO? () Não () Sim. Tempo: _____			
4. COMPROMETIMENTOS: Membros Acometidos: Superior: () D () E () Total () Parcial () Espasticidade. Inferior: () D () E () Total () Parcial () Espasticidade. Outros: _____					
5. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR: Edema? () Não () Sim Traqueostomizado? () Não () Sim Oxigenoterapia? () Não () Sim Apresenta transtorno psiquiátrico? () Não () Sim. Qual? _____ Apresenta vertigem ou tontura? () Não () Sim					
6. TRATAMENTOS DE REABILITAÇÃO PRÉVIOS: Já realizou reabilitação anterior para essa condição? () Não () Sim. Quando? _____ Qual(is): () Fisioterapia () Fonoaudiologia () Terapia Ocupacional () Psicologia () Nutricionista () Outros: _____					
7. MOBILIDADE: () Permanece sentado sem auxílio () Passa de sentado para de pé () Fica em pé sozinho Anda sozinho? () Não () Sim. () Usa cadeira de rodas () Anda com auxílio de terceiros () Tutor () Bengala () Andador () Muleta Caiu no último mês? () Não () Sim. Quantas vezes? _____					
8. FUNCIONALIDADE: O paciente era autônomo e independente antes do acometimento? () Não () Sim () Parcial Desempenha AVDs (comer, banho, vestir-se, higiene, etc.) de forma independente? () Não () Sim () Semi-dependente () Totalmente dependente Desempenha as AIVDs (prepara refeição, toma medicações, usa telefone, etc.) de forma independente? () Não () Sim () Semi-dependente () Totalmente dependente Em caso de dependência, possui cuidador efetivo? () Não () Sim Continua a ter participação social (reunião familiar, ir à Igreja, visita a amigos, etc.)? () Não () Sim () Parcialmente					
9. ALIMENTAÇÃO / DEGLUTIÇÃO: Apresenta dificuldade para deglutir alimentos (tosse, engasgos, sensação de "alimento parado", dor)? () Não () Sim: () Sólidos () Líquidos () Pastoso Qual a consistência da alimentação atual? _____ Faz uso de sonda para se alimentar? () Não () Sim Há quanto tempo? () Até 3 meses () 3 a 6 meses () > 6 meses Está perdendo peso? () Não () Sim Tem histórico de pneumonia aspirativa? () Não () Sim					
10. COMUNICAÇÃO/COGNIÇÃO: Está conseguindo produzir bem a voz? () Não () Sim. Descreva: _____ Apresenta dificuldades para produzir palavras ou frases para expressar um fato ou contar uma história? () Não () Sim As pessoas compreendem o que o paciente diz? () Não () Sim () Parcial Compreende ordens simples? (Ex: "abra os olhos", "feche os olhos") () Não () Sim Compreende ordens complexas? (Ex: "pegue o papel com a mão direita e dobre-o ao meio") () Não () Sim Orientado em relação ao tempo? (Conhece dia, mês e ano em que se encontra)? () Não () Sim Orientado em relação ao espaço? (Sabe onde está, onde mora)? () Não () Sim					
11. OLFATO/PALADAR: Apresenta perda do olfato? () Não () Sim () Parcial Há quanto tempo? () Até 1 mês () De 1 a 2 meses () > 2 meses Descreva o tipo e a evolução _____ Apresenta perda do paladar? () Não () Sim () Parcial Há quanto tempo? () Até 1 mês () De 1 a 2 meses () > 2 meses Descreva o tipo e a evolução _____					
12. DOR: Apresenta Dor? () Não () Sim: () 0 a 2 - Leve () 3 a 7 - Moderado () 8 a 10 - Intensa Local(is) da dor: _____ Características: _____					
13. DADOS OCUPACIONAIS: Deixou de trabalhar após o acometimento por COVID? () Não () Sim () Não se aplica Deixou de estudar após o acometimento por COVID? () Não () Sim () Não se aplica Consegue se deslocar até o serviço de reabilitação? () Não () Sim					
14. MEDICAMENTOS EM USO: _____					
15. ENCAMINHAMENTO: () APS: () Fisioterapia () Terapia Ocupacional () Fonoaudiologia () Psicologia () Nutricionista () Assistente Social () Profissional Educação Física () Farmacêutico () CREAB: () Fisioterapia () Terapia Ocupacional () Fonoaudiologia					

7 ESCALA DE STATUS FUNCIONAL PÓS-COVID (ESFPC)

ESCALA DE STATUS FUNCIONAL PÓS-COVID (ESFPC)

Quanto você está atualmente afetado em sua vida cotidiana por COVID-19?

(Indique qual das seguintes afirmações se aplicam mais a você).

1. Não tem limitações na minha vida cotidiana e não tem falta de ar/dispneia, fadiga, fraqueza muscular, perda de memória, dor, depressão ou ansiedade relacionados à infecção.

GRAU 0 = SEM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

2. Tem limitações insignificantes no dia a dia, pois posso realizar todas as tarefas ou atividades habituais, embora tenha falta de ar/dispneia, fadiga, fraqueza muscular, perda de memória, dor, depressão ou ansiedade.

GRAU 1 = LIMITAÇÕES FUNCIONAIS INSIGNIFICANTES

3. Sofro de limitações na vida cotidiana e ocasionalmente preciso evitar ou reduzir deveres e atividades usuais ou necessidade de espalhar estes ao longo do tempo devido a falta de ar/dispneia, fadiga, fraqueza muscular, perda de memória, dor, depressão ou ansiedade. No entanto, sou capaz de realizar todas as atividades sem qualquer assistência.

GRAU 2 = LIMITAÇÕES FUNCIONAIS LEVES

4. Sofro de limitações na vida cotidiana e não sou capaz de realizar todas as tarefas ou atividades habituais devido a falta de ar/dispneia, fadiga, fraqueza muscular, perda de memória, dor, depressão ou ansiedade. No entanto, sou capaz de cuidar de mim mesmo sem qualquer ajuda.

GRAU 3 = LIMITAÇÕES FUNCIONAIS MODERADAS

5. Sofro de limitações severas no dia a dia e não sou capaz de cuidar de mim mesmo, e sou dependente de cuidados de enfermagem e/ou assistência de outra pessoa devido a falta de ar/dispneia, fadiga, fraqueza muscular, perda de memória, dor, depressão ou ansiedade.

GRAU 4 = LIMITAÇÕES FUNCIONAIS GRAVES

Orientação: Caso duas notas pareçam adequadas, escolha sempre a maior nota, com a maioria das limitações.

Klok et al., 2020. The Post-COVID-19. Functional Status Scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. Eur Respir J 2020.

