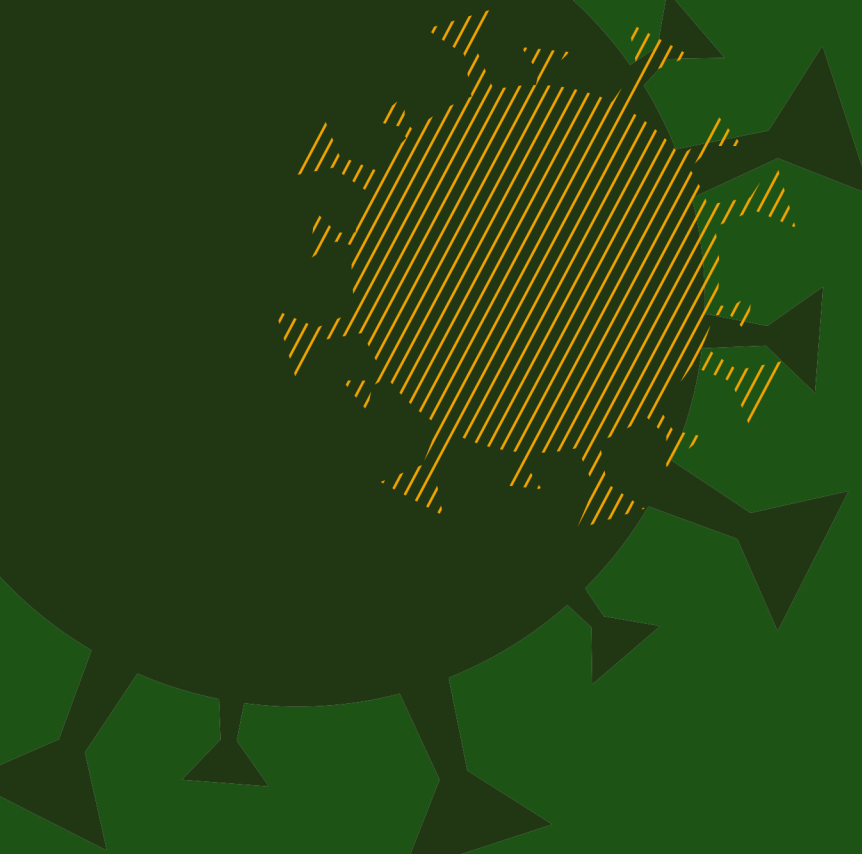
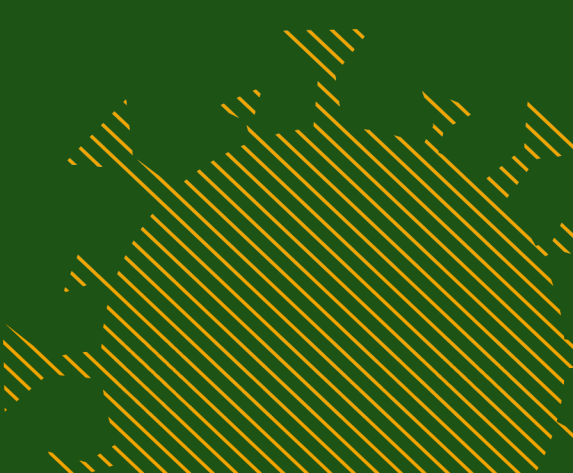


ORIENTAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM AS CONDIÇÕES PÓS-COVID



ATUALIZADO EM 30/08/2022

GRUPO ELABORADOR:

Ana Karolina Marinho – Secretaria Extraordinária para Enfrentamento da covid-19 (SeCovid/MS)

Angelo Roberto Gonçalves – Secretaria de Atenção Especializada (SAES/MS)

Ávila Teixeira Vidal - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde – (DGITS/SCTIE/MS)

Carlos Alberto Costa de Barros Franco – Academia Nacional de Medicina (ANM)

Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Carolina Salim Gonçalves Freitas Chulam- Hospital A.C.Camargo Cancer Center

Clementina Corah Lucas Prado- Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde –(DGITS/SCTIE/MS)

Fábio Biscegli Jatene - Academia Nacional de Medicina (ANM)/ Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Fernanda Luiza Hamze- Secretaria Extraordinária para Enfrentamento da covid (SeCovid/MS)

Gláucia Teles de Araújo Bueno - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde –(DGITS/SCTIE/MS)

Linamara Rizzo Battistella - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

José Galvão Alves - Academia Nacional de Medicina (ANM)

Jose Osmar Medina de Abreu Pestana - Academia Nacional de Medicina (ANM)/ Escola Paulista de Medicina UNIFESP

Maria Lúcia Costa Lage- Secretaria de Atenção Primária (SAPS/MS)

Marta da Cunha Lobo Souto Maior- Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde – (DGITS/SCTIE/MS)

Ronaldo Damião - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Samuel Araújo Leite - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Sergio Cimerman – Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)/ Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Ramon Souza Góes de Araújo - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Vânia Cristina Canuto - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde –(DGITS/SCTIE/MS)

CONTEXTUALIZAÇÃO

A literatura tem empregado diferentes termos para se referir às manifestações clínicas observadas após o período da infecção por covid-19, tais como: síndrome pós-covid-19, covid longa, sequelas pós-covid-19, covid pós-aguda e condições pós- covid, dentre outros.

A terminologia “condições pós-covid” foi adotada pelo Ministério da Saúde (NT nº31/2021-SECOVID/GAB/MS) para descrever a ampla gama de manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes presentes após quatro semanas da infecção SARS-CoV-2, quando estas não são atribuídas a outras causas. Recomenda o uso da codificação de morbidade (CID-10) U09.98 (condição de saúde posterior a covid-19, não especificada).

Considera-se que, aproximadamente, 10% das pessoas apresentem condições pós fase aguda da covid-19, sendo mais frequente em pacientes que necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Os sistemas orgânicos mais frequentemente acometidos são o neurológico, musculoesquelético, respiratório e cardiovascular, embora possam ocorrer alterações em vários outros órgãos.

Evidências científicas apontam que pessoas com maiores necessidades de saúde, a exemplo portadores de condições crônicas estão mais propensas a apresentarem sequelas pós-covid.

Este documento foi sistematizado por diversos especialistas tendo como base as evidências científicas, diretrizes nacionais e internacionais no tema, contextualizadas pelas suas experiências clínicas nos cuidados destes pacientes.

O principal objetivo é descrever as principais condições pós-covid-19 e o seu controle inicial, além de auxiliar na identificação dos pacientes que necessitam de encaminhamento para serviço especializado.

ATENDIMENTO PRIMÁRIO E REFERÊNCIA

As unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser responsáveis pelo cuidado integral do paciente com as condições pós-covid como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, ordenando fluxos e contrafluxos dos portadores da condição pós-covid para todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O plano terapêutico deve ser implementado, com apoio da equipe multidisciplinar, garantindo a resolutividade e longitudinalidade do cuidado, encaminhando para os outros pontos da RAS conforme demanda e disponibilidade do serviço. O sistema de referência e contrarreferência deve ser utilizado como ferramenta para compartilhamento do cuidado, bem como a utilização dos serviços de apoio assistencial como Teleatendimento.

O cuidado integral da pessoa com condição pós-covid na APS envolve ações: Vigilância em saúde, Promoção em Saúde, Atenção e Cuidado.

AÇÕES PARA PORTADORES DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID NA APS

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Rastreamento através de busca ativa, incluindo visita domiciliar e teleatendimento
- Notificação de casos da condição pós-covid-19

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

- Desenvolvimento de ações de Educação e Saúde
- Acompanhamento dos pacientes pós-alta covid-19
- Oferta de programas para melhoria da qualidade de vida para população
- Garantir ambiente seguro e profissionais capacitados para o cuidado das pessoas com a condição pós-covid

ASSISTÊNCIA E CUIDADO

- Avaliação e cuidado global da pessoa portadora da condição pós-covid
- Avaliação e manejo de comorbidades
- Avaliação e estimulação das funções neurocognitivas
- Atenção à saúde mental

ASSISTÊNCIA E CUIDADO

- Cuidado com a saúde bucal
- Reabilitação cardiopulmonar
- Atenção nutricional
- Acompanhamento da necessidade de cuidados paliativos
- Desenvolvimento de ações de proteção social

ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS NOVOS OU EM CURSO APÓS COVID-19 AGUDA

As recomendações abaixo são direcionadas aos profissionais de saúde que avaliam pacientes em qualquer nível de atenção, quatro semanas ou mais após o início da suspeita ou confirmação de covid-19 aguda.

- 1.** Para pessoas com condições pós-covid que foram identificadas como necessitando de uma avaliação, use uma abordagem integral: história clínica abrangente, avaliação de sintomas físicos, cognitivos, psiquiátricos, bem como habilidades funcionais.
- 2.** Incluir na história clínica: confirmação ou não da covid-19; momento, duração, natureza e gravidade dos sintomas anteriores e atuais; outras condições de saúde prévias e necessidade de internação.
- 3.** Procure identificar como é a vida e as atividades do paciente, por exemplo, seu trabalho, concentração, mobilidade e independência que foram afetados.
- 4.** Ao investigar as possíveis causas de um declínio gradual, descondicionamento, agravamento da fragilidade ou demência, ou perda de interesse em comer e beber em pessoas idosas, tenha em mente que estas podem ser condições da doença.
- 5.** Se a pessoa relatar novos sintomas cognitivos, use uma ferramenta de triagem validada para medir qualquer prejuízo e impacto.

PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES E INVESTIGAÇÕES DIRECIONADOS PELOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS, E IDENTIFICAR SE OS SINTOMAS POSSAM ESTAR RELACIONADOS A CONDIÇÕES PÓS- COVID, ORIENTA-SE:

- 1.** Se apropriado, realizar um teste de tolerância ao exercício adequado à habilidade da pessoa (por exemplo, o teste de senta/levanta por 1 minuto). Durante o esforço, registrar o nível de dispneia, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio.
- 2.** Para pacientes com sintomas posturais, por exemplo, palpitações e tonturas ao ficar de pé, realizar registros de pressão arterial e frequência cardíaca deitada e em pé.
- 3.** Solicitar radiografia de tórax até 12 semanas após covid-19 aguda, se o paciente continuar com sintomas respiratórios.
- 4.** Caso persistam outros sintomas ou sinais sugestivos de aumento da gravidade da doença, solicite exames de sangue, que podem incluir hemograma completo, testes de função renal e hepática, proteína C reativa, ferritina, peptídeo natriurético tipo B (BNP), se disponível e indicado em patologias cardíacas.
- 5.** Encaminhar, urgentemente com suspeita de condições pós-covid-19 para os serviços especializados, se apresentarem sinais ou sintomas que possam ser causados por uma complicação aguda ou com risco de morte, incluindo, mas não se limitando a:
 - Hipoxemia grave em repouso ou dessaturação durante o exercício;
 - Arritmias cardíacas;
 - Dor no peito;
 - Síndrome inflamatória multissistêmica (em crianças);

Encaminhar pacientes com condições pós-covid para avaliação psiquiátrica, com urgência, se apresentarem sintomas graves ou se estiverem em risco de automutilação ou suicídio. Assim, sugere-se seguir as diretrizes nacionais para o encaminhamento de pessoas com transtornos de ansiedade e humor ou outros sintomas psiquiátricos ou após descartar complicações agudas ou com risco de morte, iniciar a orientação para reabilitação na própria unidade básica.

O processo de reabilitação deve ocorrer de forma compartilhada em todos os níveis de atenção à saúde, com modelo de atenção seguro, adaptável as necessidades e comorbidades, de forma integrada em todos os níveis de atenção, equitativo e financeiramente sustentável. Os objetivos gerais do programa de reabilitação para pacientes com a condição pós-covid visam alívio dos sintomas e sofrimento psíquico com melhora da função física e participação nas atividades de sua rotina e qualidade de vida.

Sistema

Principais Manifestações

Respiratórias

Falta de ar (dispneia) principalmente aos esforços
Tosse
Rinorréia

Cardiovasculares

Aperto/dor no peito
Palpitações
Aumento da frequência cardíaca no repouso
Miocardite/Inflamação miocárdica

Sintomas generalizados Gerais

Fadiga/fraqueza
Febre
Diminuição do estado funcional
Rubor e calor
Sudorese
Disfunção sexual

Neurológicas

Comprometimento cognitivo (Dificuldades de concentração, problemas de memória, déficit de atenção)
Cefaleia
Distúrbios de sono
Sintomas de neuropatia periférica (parestesias)
Delírio (em idosos)

Sistema

Principais Manifestações

Gastrointestinais

Dor abdominal
Náusea e vômitos
Diarréia
Anorexia e apetite reduzido (em idosos)

Musculo- esqueléticas

Dor nas articulações
Dor muscular
Dor Torácica
Dor inespecífica
Sarcopenia

Psicológicas / Psiquiátricas

Depressão
Ansiedade
Mudanças de humor
Agitação
Transtorno do estresse pós traumático

Otorrino- laringológicas

Zumbido
Dor de ouvido
Dor de garganta
Tontura
Perda de paladar (ageusia) e/ou olfato (anosmia)

Dermatológicas

Queda de cabelo (alopecia)

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID19

MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS

O pulmão é o órgão mais acometido pelo coronavírus, tanto na fase aguda quanto na fase de recuperação. É comum a necessidade de pelo menos 12 semanas para recuperação da dispneia, principalmente em pacientes que tiveram necessidade de internação e/ou acometimento mais grave (uso de oxigênio suplementar ou ventilação mecânica).

Algumas complicações pulmonares podem ser encontradas, como tromboembolismo pulmonar e evolução para fibrose pulmonar.

O tromboembolismo pulmonar é um achado comum, nos casos graves da doença, e muitas vezes pode não ter sido diagnosticado na fase aguda. Pode ser encontrado em cerca de 10% dos pacientes, podendo ser uma causa de dispnéia persistente e deve ser pesquisado em casos específicos.

A fibrose pulmonar é menos comum e deve ser suspeitada ao longo do seguimento do paciente, quando houver piora progressiva da dispnéia e da saturação. Alguns fatores são preditores de evolução para fibrose pulmonar, como: idade avançada, gravidade da doença, tempo de permanência na UTI e em ventilação mecânica, histórico de tabagismo e de alcoolismo.

Além disso, é importante diferenciar doença prévia pulmonar não diagnosticada ou não controlada, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença intersticial, da resposta dos pulmões à Covid-19.

Para melhor avaliação pulmonar, alguns critérios de piora podem ser considerados:

CRITÉRIOS DE PIORA NAS AVALIAÇÕES DE 12 OU MAIS SEMANAS:

- Piora da dispneia aos esforços (Escala Dispneia mMRC);
- Queda de quatro pontos ou mais na SpO2 durante o teste senta/levanta;
- SpO2 < 93%, em repouso, após início da doença;
- Persistência de taquicardia inexplicada FC > 100 bpm;
- Taquipnéia em repouso > 24 ipm;
- Surgimento de dor torácica com características anginosas ou pleurais.

Caso o paciente apresente duas ou mais queixas ou sinais acima, deverá ser encaminhado ao serviço de referência para ser avaliado por especialista e ter uma investigação mais detalhada.

Sugerimos que o paciente seja encaminhado com radiografia de tórax e espirometria.

MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES

As complicações cardiovasculares mais frequentes incluem arritmias, angina, infarto do miocárdio, miocardite e pericardite; podendo se manifestar várias semanas após a Covid-19 aguda. Os sintomas mais comumente apresentados são palpitação, dispneia, dor torácica, arritmia, tontura, pré-síncope ou síncope. Essas alterações são mais frequentes em pacientes com doença cardiovascular preexistente, mas também foram descritas em pacientes jovens, previamente hígidos.

A avaliação clínica e a realização de exames de imagem, como eletrocardiograma e ecocardiograma, podem ser consideradas naqueles pacientes com condições pós- covid. As evidências atuais não apoiam a utilização rotineira de exames de imagem cardíacos avançados e isso deve ser considerado caso a caso. Evidências recentes sugerem que a disfunção cardíaca pode não ser tão comum quanto se pensava anteriormente. Pacientes com sinais/sintomas de disfunção ventricular e insuficiência cardíaca devem ser tratados segundo as diretrizes nacionais.

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS E DA SAÚDE MENTAL

A designação 'NeuroCovid' foi inicialmente proposta para indicar a presença de sintomas neurológicos em pacientes acometidos pela Covid-19, com manifestações clínicas que remetem ao acometimento cerebral localizado ou difuso, dando origem a síndromes epiléticas, encefalopáticas e perturbações da consciência, sendo também descritas manifestações neuropsiquiátricas complexas como delirium, catatonia, psicose, alucinações e prejuízos das funções cognitivas. Essa condição clínica é representada por perturbações do estado mental em associação com sintomas somáticos, tais como dispneia, dor e fadiga. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essa síndrome não são totalmente conhecidos, admitindo-se uma causalidade multifatorial, com participação de eventos biológicos (relacionados à quebra da homeostase cerebral e à ocorrência de inflamação sistêmica) associados a um conjunto de estressores psicossociais relacionados direta ou indiretamente com a pandemia de Covid-19.

Estudos mostraram que manifestações psíquicas e cognitivas são altamente prevalentes entre pacientes que sobreviveram a formas moderadas ou graves da infecção, sendo ainda detectáveis após 6-9 meses da remissão da fase aguda. Os problemas de saúde mental aumentam sua incidência em pacientes com história psiquiátrica prévia.

São particularmente importantes os transtornos depressivos e ansiosos, com destaque à depressão maior, os transtornos de ansiedade generalizada e de estresse pós-traumático, bem como queixas de memória e déficits objetivos das funções cognitivas. Estes últimos podem ser observados em diferentes magnitudes, do comprometimento cognitivo leve à demência, e em vários domínios neuropsicológicos, destacando-se o prejuízo da memória, as disfunções atencionais/executivas e a redução da velocidade de processamento.

A síndrome neuropsiquiátrica pós-covid 19 pode ser incapacitante, tanto quando ocorre isoladamente ou em associação com sintomas físicos e outros prejuízos funcionais. O cuidado com a saúde mental deve ser ofertado incluindo detecção e tratamento precoce, com acompanhamento, desde a atenção primária a saúde. Evidências recentes apontam que a sintomatologia depressiva persistente diminui com o tratamento adequado quando instituído de forma precoce, dentre elas a terapia cognitiva comportamental, aplicada já na Atenção Primária a Saúde.

O monitoramento ativo deve ser realizado para todos os pacientes, principalmente para aqueles com sintomas psicológicos que devem ser encaminhados para avaliação com profissionais de saúde mental para abordagem direcionada.

As recomendações para a avaliação psiquiátrica, as escalas psicométricas e a bateria para a avaliação cognitiva encontram-se em anexo nesta orientação.

MANIFESTAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

Dentre as principais alterações observadas na síndrome pós-covid-19, especialmente naqueles pacientes que experimentaram longos períodos de internação e/ou necessitam de cuidados em terapia intensiva, estão as de caráter musculoesquelético. Fraqueza muscular periférica (sarcopenia), descondicionamento físico e respiratório, perda de massa muscular, desnutrição, problemas de deglutição, lesões de decúbito, dor nas articulações, dor torácica, lesão muscular esquelética, entre outros, são sintomas habitualmente observados nessa população.

Particularmente, os pacientes idosos e aqueles portadores de doenças crônicas apresentam maior risco para essas complicações.

MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS

Cerca de um terço dos pacientes acometidos pela Covid- 19 possuem algum grau de acometimento gastrointestinal, principalmente naqueles com necessidade de internação. Algumas destas manifestações ocorrem, inclusive, durante a recuperação clínica, e são geralmente subestimadas.

Os sintomas mais comuns são dor abdominal, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia, sendo mais proeminentes durante ou logo após a infecção. A diarreia merece uma atenção especial, particularmente no cenário onde houve uso de antibioticoterapia, onde é imprescindível afastar infecção por *C. difficile*.

Alterações hepatobiliares também são comuns, na maioria das vezes de característica transitória e evolução benigna. O padrão de elevação costuma ser TGO maior que TGP, ambas geralmente mais alteradas que fosfatase alcalina e bilirrubinas.

MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Na otorrinolaringologia, as principais manifestações são:

Perda do olfato e/ou paladar;

Parosmia, alteração do olfato com sensação de cheiros e sabores estranhos, diferentes da memória olfativa e por vezes com relato de odores desagradáveis a exposição de alguns alimentos ou produtos, especialmente químicos;

Obstrução nasal;

Cefaleia ou dor facial;

Alterações da audição;

Zumbidos;

Tonturas e distúrbios do equilíbrio;

Rouquidão;

Distúrbio da deglutição, notadamente em idosos.

Esses pacientes com essas queixas devem ter sua história clínica colhida com detalhes e muitos irão necessitar de atendimento por especialista.

A função sensorial prejudicada (perda de olfato e paladar) geralmente longa duração, podem provocar alterações do apetite que impactam diretamente no comportamento alimentar, o que pode levar a desnutrição dificultando a recuperação do paciente.

MANIFESTAÇÕES RENAIIS

Para pacientes que necessitaram de internação hospitalar, deve ser realizado controle mensal de creatinina e Urina I por 3 meses. Caso esses exames se mostrem alterados deve ser feita referência ao atendimento especializado em nefrologia.

OUTRAS COMPLICAÇÕES FREQUENTES

Evidências científicas apontam manifestações orais durante o período infeccioso da covid-19, ulcerações na mucosa oral e necrose superficial, geralmente associada a “perda de olfato (anosmia) e paladar (ageusia)” e mais graves em pacientes com idade mais avançada, que pode permanecer na condição pós-covid. Isso alerta para maior atenção na avaliação da saúde oral nas pessoas portadora desta condição.

Os principais problemas cutâneos relacionados a covid-19 estão relacionados ao agravamento de condições pré-existentes e iatrogênia, principalmente relacionadas a aumento da lavagem de mãos.

As úlceras de pressão relacionadas ao posicionamento em pacientes com longo tempo de permanência em unidades de terapia intensiva devem seguir os protocolos de tratamento de úlcera, visando a completa cicatrização da pele.

REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM CONDIÇÕES PÓS-COVID19

As sequelas pós episódio agudo são atualmente definidas conhecidas como PASC, acrônimo da sigla inglesa Post-Acute sequelae of SARS-CoV-2 infection.

O quadro inflamatório generalizado impacta negativamente todo o organismo, inclusive o sistema musculo esquelético, gerando um stress potencialmente sarcopênico com diminuição da síntese proteica e estimulação da fibrose muscular.

Diversos estudos apontam a presença de fraqueza e fadiga entre os pacientes acometidos pela infecção do SARS-COV2. A sarcopenia é classicamente definida com a presença de fraqueza muscular, baixo desempenho funcional e/ou diminuição da massa muscular. Além disso destacamos alterações neurológicas associadas que em alguns casos compromete o controle motor e consequentemente a força e/ou a massa muscular gerando fadiga. Durante a internação, o imobilismo, o uso de corticoides e de bloqueadores neuromusculares condicionam a presença de atrofia da musculatura como uma das sequelas mais frequentes.

O reconhecimento objetivo das queixas do paciente e das alterações funcionais, são os alicerces para que a atenção primária avalie, investigue e administre com segurança a recuperação funcional do paciente, e encaminhe de forma adequada, quando necessário para os serviços de referência.

A avaliação do Status Funcional do Pós-Covid nos direciona para as modalidades de atendimento, seja na unidade básica de saúde ou nos centros especializados de reabilitação.

PCFS-SCALE

Unidade Básica de Saúde	0	Eu não tenho limitações nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia), nem sintomas como dor, depressão ou ansiedade relacionados à infecção
	1	Eu tenho limitações mínimas nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia), mas eu consigo realizar todas as tarefas/atividades habituais, embora eu ainda tenha sintomas persistentes como dor, depressão ou ansiedade
Centro de Reabilitação	2	Eu tenho limitações nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) e eu de vez em quando necessito evitar ou reduzir atividades/trabalho ou demoro mais tempo para fazê-las por causa dos sintomas persistentes como dor, depressão ou ansiedade. Porém, sou capaz de fazer todas as atividades sem qualquer assistência
	3	Eu tenho limitações nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) e não sou capaz de realizar todas as tarefas/atividades habituais devido a sintomas, dor, depressão ou ansiedade. Porém, eu sou capaz de cuidar de mim mesmo sem qualquer ajuda.
	4	Eu tenho limitações graves nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia); eu não sou capaz de cuidar de mim, e portanto eu sou dependente e outras pessoas para cuidar de mim devido a sintomas, dor, depressão ou ansiedade

O tratamento terá duração variada e dependente do impacto das manifestações clínicas e funcionais.

Manter a aderência e motivação é mandatório e nestes casos o reforço das orientações a partir do monitoramento é uma opção importante.

Em relação aos aspectos emocionais e cognitivos, observamos que mesmo após um ano da infecção por Covid-19, alguns pacientes apresentam comprometimento cognitivo global, bem como sinais de ansiedade e estresse, que parecem não melhorar espontaneamente, sem intervenção específica.

Para avaliar estas queixas a utilização do instrumento de qualidade de vida – EuroQol-5m, é uma estratégia adequada para o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes.

EUROQOL EQ-5D-5L

MOBILIDADE

- ☐ Não tenho problemas em andar
- ☐ Tenho problemas leves em andar
- ☐ Tenho problemas moderados em andar
- ☐ Tenho problemas graves em andar
- ☐ Sou incapaz de andar

CUIDADOS PESSOAIS

- ☐ Não tenho problemas para me lavar ou me vestir
- ☐ Tenho problemas leves para me lavar ou me vestir
- ☐ Tenho problemas moderados para me lavar ou me vestir
- ☐ Tenho problemas graves para me lavar ou me vestir
- ☐ Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ATIVIDADES HABITUAIS

(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- ☐ Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas leves em realizar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas graves em realizar as minhas atividades habituais
- ☐ Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais

DOR/MAL-ESTAR

- ☐ Não tenho dores ou mal-estar
- ☐ Tenho dores ou mal-estar leves
- ☐ Tenho dores ou mal-estar moderados
- ☐ Tenho dores ou mal-estar fortes
- ☐ Tenho dores ou mal-estar extremos

ANSIEDADE/DEPRESSÃO

- ☐ Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou levemente ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou muito ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Os resultados do EuroQol EQ-5D-5L mostram que 57,27% dos pacientes são afetados por ansiedade / depressão, enquanto 64,50% ainda sofrem de dor e desconforto.

Devido à relevância destes sintomas em pacientes PASC, deve ser considerada a introdução de outras intervenções que incluam a melhora cognitiva, do sono e do humor.

Dados preliminares apontam para resultados animadores com estratégias que envolvem exercícios físico, treinamento cognitivo e controle dos fenômenos dolorosos.

ORIENTAÇÕES A PACIENTES, FAMILIARES E/OU CUIDADORES

A seguir, apresentamos algumas recomendações aos profissionais de saúde que atendem a pessoas com suspeita ou confirmação de covid-19, independentemente de terem sido hospitalizados ou terem um teste SARS-CoV-2 positivo ou negativo:

Os pacientes, familiares e/ou cuidadores devem ser informados, quanto a sintomas novos ou persistentes mais comumente observados após a manifestação aguda da covid-19, os quais encontram-se sintetizados no Quadro 1.

O que se deve esperar durante a recuperação da covid-19:

- O tempo de recuperação é distinto de uma pessoa para pessoa, mas, na maioria dos casos, os sintomas desaparecem em 12 semanas;
- A probabilidade de desenvolver condições pós-covid-19 ou síndrome pós-covid-19 não está relacionada à gravidade do quadro agudo ou necessidade de hospitalização;
- A ocorrência de novos sintomas ou condições pós-covid é imprevisível, afetando os indivíduos de maneiras distintas, em momentos diferentes;
- Sintomas a serem observados e sinais de alerta que indiquem buscar suporte de um profissional de saúde, especialmente mais de 4 semanas após o início da covid-19 aguda.

ANEXOS

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA:

I. Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R): Entrevista psiquiátrica estruturada composta por 14 seções que abordam: sintomas somáticos; fadiga; problemas de sono; irritabilidade; preocupações com a saúde física; depressão; ideias depressivas; preocupação; ansiedade; fobias; pânico; comportamentos compulsivos; pensamentos obsessivos; problemas de esquecimento / concentração, resultando em 5 categorias psiquiátricas baseadas na CID-10: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo, todas as fobias (agorafobia, fobia social e fobia simples), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico. O diagnóstico de um transtorno mental comum pode ser estabelecido se o participante pontuar ≥ 12 na soma de todos os sintomas 14 dimensionais [16,17].

II. Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos Relacionados no DSM-V, Versão para Pesquisa (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version, SCID-5-RV): A avaliação dos sintomas psicóticos foi feita com o auxílio de um trecho do esquema SCID-5-RV, ou seja, Módulo B, Sintomas psicóticos e associados (itens B2 a B19). O SCID-5-RV é uma entrevista psiquiátrica semiestruturada que segue os critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association (APA), 5ª edição (DSM-5) [18].

Escalas Psicométricas:

III. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD): instrumento confiável amplamente utilizado para determinar os níveis de ansiedade, depressão e transtornos emocionais em pacientes hospitalizados e pós-hospitalizados, devido ao seu enfoque nos sintomas psicológicos e não somáticos da depressão. A escala é composta por 14 questões pontuadas de 0 a 3, subdivididas em dois domínios (ansiedade e depressão) de sete questões cada. A pontuação total varia de 0 a 21, pontuações mais altas indicam sintomas mais graves [19,20].

IV. Avaliação do Risco de Suicídio (Ask Suicide-Screening Questions-Adapted, ASQ): questionário de autorrelato de quatro itens para triagem de risco de suicídio. Avalia a ocorrência de ideação suicida nas últimas quatro semanas, além de quaisquer tentativas anteriores. As perguntas abordam o 'desejo de morrer', o sentimento de 'deixar a família em melhor situação se estiver morto', a presença de pensamentos suicidas e quaisquer tentativas anteriores de suicídio. As três primeiras respostas variam de nunca a diário (0-3), implicando em risco de suicídio. A escala estima ainda o número de tentativas de suicídio, se houver, no ano anterior [21].

ANEXOS

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA:

V. Lista de Verificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, PCL-C): instrumento desenvolvido para avaliação do TEPT, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-III-R. A escala leva em consideração a gravidade dos sintomas relatados pelo sujeito no mês anterior, utilizando uma escala de classificação que varia de 'nada' a 'extremamente' (1-5). Para o diagnóstico de PTSD, o paciente precisa ter pelo menos sintomas moderados (pontuação ≥ 3) em um ou mais critérios listados no grupo B, três no grupo C e dois no grupo D. Os avaliadores foram instruídos a pontuar apenas se ocorreram suspeitas de sintomas de PTSD após o início do COVID-19 [22,23].

VI. Teste de Identificação dos Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT): instrumento amplamente utilizado, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para estimar o transtorno por uso de álcool (AUD). É uma ferramenta abrangente de triagem de autorrelato de 10 itens, com pontuação total variando de 0 a 40, indicando 'baixo risco' (0-7), 'aumento do risco' (8-15), 'maior risco' (16- 19) e 'possível dependência' (20 ou mais) [24,25].

VII. Escala de Queixas de Memória (Memory Complaint Scale, MCS): É composto por sete itens autorreferidos com respostas graduadas em que escores mais altos indicam maior intensidade (0, 1 e 2). As queixas de memória são classificadas como "ausentes" (0-2), "leves" (3-6), "moderadas" (7-10) e "graves" (11-14). Este instrumento explora a frequência e o grau de impacto das queixas de memória nas atividades diárias; compara a memória atual com a de uma idade mais jovem e de outras pessoas da mesma faixa etária. A escala tem duas versões idênticas (A e B), a última dedicada a capturar o relatório do informante (se disponível) sobre as queixas de memória do sujeito [26]. Pesquisas anteriores sugeriram que as queixas subjetivas de memória podem ser uma indicação de prejuízo da função cognitiva em idosos [27].

Bateria da Avaliação Cognitiva:

VIII. Orientação Temporal e Espacial (Temporal and Spatial Orientation): Baseada na seção de orientação temporal e espacial do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) composta por 10 questões cujas respostas foram classificadas como corretas ou incorretas. É solicitado ao paciente que especifique o dia da semana, o dia do mês, em que mês, em que ano e em que horário está sendo realizada a entrevista. A orientação espacial é determinada avaliando se o paciente é capaz de nomear corretamente os seguintes itens: o local específico em que a entrevista está sendo realizada; o prédio em que ele está; o bairro ou qualquer rua próxima; o país e o estado [28,29].

ANEXOS

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA:

IX. Teste de Trilhas (TrailMaking Test, TMT): Consiste na utilização da “Parte A” do teste (TMT-A) com boa abrangência para indivíduos com baixa escolaridade. No TMT-A, o paciente é orientado a conectar, com uma linha contínua de afogamento, uma sequência colocada aleatoriamente de números circulados variando de 1 a 25, seguindo a sequência numérica enquanto é cronometrada. A pontuação é definida com base na quantidade de tempo necessária para concluir a tarefa e quantos erros foram cometidos. Múltiplas funções cognitivas estão envolvidas na execução da TMT, como busca visual; digitalização; velocidade de processamento; flexibilidade mental; e funções executivas [30,31].

X. Bateria Neuropsicológica CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease, CERAD): conta com uma ampla gama de testes neuropsicológicos dispostos a avaliar diferentes domínios cognitivos, tais como: Teste de Fluência Verbal, Teste de Nomeação de Boston, Memória da Lista de Palavras, Praxia Construtiva, Evocação Tardia da Lista de Palavras, Reconhecimento da Lista de Palavras, Evocação Tardia da Praxia, com versão traduzida e validada para uso no Brasil [32,33].

REFERÊNCIAS

National Institute for Health and Care Excellence – NICE. covid-19 rapid guideline: managing the long-term effects of covid-19. NICE guideline. Londres: NICE; 2021. [acesso em 10/Junho/2021] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-66142028400325>

Sisó-Almirall A, Brito-Zerón P, Conangla Ferrín L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al., On Behalf Of The CAMFiC Longcovid-Study Group. Long covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. Int J Environ Res Public Health. 2021 Apr 20;18(8):4350. doi: 10.3390/ijerph18084350.

Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ. 2020 Aug 11;370:m3026. doi: 10.1136/bmj.m3026. PMID: 32784198.

Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MCA, Bouman CCS, Beenen LFM, Kootte RS, Heijmans J, Smits LP, Bonta PI, van Es N. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. J Thromb Haemost. 2020 Aug;18(8):1995-2002. doi: 10.1111/jth.14888. Epub 2020 Jul 27. PMID: 32369666; PMCID: PMC7497052.

Grupo COVID-ICU em nome da Rede REVA e dos Investigadores COVID-ICU. Características clínicas e desfechos do dia 90 de 4.244 adultos gravemente enfermos com COVID-19: um estudo de coorte prospectivo. Intensive Care Med 47, 60–73 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06294-x>.

Òscar Miró, Sònia Jiménez, Alexandre Mebazaa, Yonathan Freund, Guillermo Burillo-Putze, Alfonso Martín, Francisco Javier Martín-Sánchez, Eric Jorge García-Lamberechts, Aitor Alquézar-Arbé, Javier Jacob, Pere Llorens, Pascual Piñera, Víctor Gil, Josepual Guardiola, Carlos Cardozo, Josep Maria Mòdol Deltell, Josep Tost, Alfons Aguirre Tejedo, Anna Palau-Vendrell, Lluís Llauger García, Maria Adroher Muñoz, Carmen del Arco Galán, Teresa Agudo Villa, Nieves López-Laguna, María Pilar López Díez, María Pilar López Díez, Beddar Chaib, Eva Quero Motto, Matilde González Tejera, María Carmen Ponce, Juan González del Castillo, Rede Espanhola de Investigadores em Situações de Emergência (SIESTA), Embolia pulmonar em pacientes com COVID-19: incidência, fatores de risco, características clínicas, e resultado, European Heart Journal, Volume 42, Edição 33, 1 de setembro de 2021, Páginas 3127-3142, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab314>.

Myall KJ, Mukherjee B, Castanheira AM, Lam JL, Benedetti G, Mak SM, Preston R, Thillai M, Dewar A, Molyneaux PL, West AG. Persistent Post-COVID-19 Interstitial Lung Disease. An Observational Study of Corticosteroid Treatment. Ann Am Thorac Soc. 2021 May;18(5):799-806. doi: 10.1513/AnnalsATS.202008-1002OC. PMID: 33433263; PMCID: PMC8086530

REFERÊNCIAS

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Manual para avaliação e manejo de sintomas persistentes e síndrome pós-covid-19 na atenção primária à saúde.

Cheung, Ka Shing et al. "Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis." *Gastroenterology* vol. 159,1 (2020): 81-95. doi:10.1053/j.gastro.2020.03.06511-Kaafarani, Haytham M A et al. "Gastrointestinal Complications in Critically Ill Patients With COVID-19." *Annals of surgery* vol. 272,2 (2020): e61-e62. doi:10.1097/SLA.000000000000400.

Silva, Filipe Antônio França da et al. "COVID-19 gastrointestinal manifestations: a systematic review." *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* vol. 53 e20200714. 25 Nov. 2020, doi:10.1590/0037-8682-0714-2020

Zhao, Xin et al. "The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on liver injury in China: A systematic review and meta-analysis." *Medicine* vol. 100,4 (2021): e24369. doi: 10.1097 / M D . 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 4 3 6 9 . <https://www.aasld.org/sites/default/files/2021-03/AASLD-COVID19-ExpertPanelConsensusStatement-March92021.pdf> (acessado em 17 de setembro de 2021).

Cerevolo MG; Sire A; Andrenelli E et al, 2020. Systematic rapid "living" review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31, 2020. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2020 June 347-53.

Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):601-615. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.

Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ*. 2021 Jul 26;374:n1648. doi: 10.1136/bmj.n1648.

Jiang DH, Roy DJ, Gu BJ, Hassett LC, McCoy RG. Postacute Sequelae of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection: A State-of-the-Art Review [published online ahead of print, 2021 Sep 15]. *JACC Basic Transl Sci*. 2021;10.1016/j.jacbts.2021.07.002. doi:10.1016/j.jacbts.2021.07.002.

Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):601-615. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.

Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ*. 2021 Jul 26;374:n1648. doi: 10.1136/bmj.n1648.

REFERÊNCIAS

Jiang DH, Roy DJ, Gu BJ, Hassett LC, McCoy RG. Post acute Sequelae of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection: A State-of-the-Art Review [published online ahead of print, 2021 Sep 15]. JACC Basic Transl Sci. 2021;10.1016/j.jacbts.2021.07.002. doi:10.1016/j.jacbts.2021.07.00.

Associação Psiquiátrica Americana (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Chen, F., et al. (2020). Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. Brain, behavior, and immunity, 88, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>

First, M. B., et al. (2017). Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV versão clínica. Porto Alegre: Artmed.

Lebel, C., et al. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. Journal of affective disorders, 277, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>]

Leite, S. A. Reabilitação das funções mentais, cognitivas e psicológicas após quadro de COVID-19. In: Universidade Aberta do Sus. Universidade Federal do Maranhão. Reabilitação do Paciente com Condições Pós-Covid. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.[FdST2] .

Luo, M., et al. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>.

Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 22(1), 35–40

Mazza, M. G., et al. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain, behavior, and immunity, 89, 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.

Mazza MG et al (2021) Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. Brain Behav Immun. 2021 May;94:138-147. doi: 10.1016/j.bbi.2021.02.021.

Miners, S., Kehoe, P. G., & Love, S. (2020). Cognitive impact of COVID-19: looking beyond the short term. Alzheimer's research & therapy, 12(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00744-w>.

REFERÊNCIAS

Ornell, F., et al. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. Epub April 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-Month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):416-427. doi:10.1016/S2215-0366(21)00084-

Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect*. 2020;81(6):e4-e6. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.029

Brandão TB, Gueiros LA, Melo TS, Prado-Ribeiro AC, Nesrallah ACFA, Prado GVB, Santos-Silva AR, Migliorati CA. Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021 Feb;131(2):e45-e51. doi: 10.1016/j.oooo.2020.07.014. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32888876; PMCID: PMC7434495.

Xu J., Li Y., Gan F., Du Y., Yao Y. Salivary glands: potential reservoirs for COVID-19 asymptomatic infection. *J Dent Res*. 2020;99:989. [PubMed] [Google Scholar] [Reflist]

Kirwan R, McCullough D, Butler T, Perez de Heredia F, Davies IG, Stewart C. Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience*. 2020 Dec;42(6):1547-1578. doi: 10.1007/s11357-020-00272-3. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33001410; PMCID: PMC7528158.

Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, Ellis H, Goodall D, Gough M, Lewis S, Norman J, Papadopoulou T, Roscoe D, Sherwood D, Turner P, Walker T, Mistlin A, Phillip R, Nicol AM, Bennett AN, Bahadur S. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med*. 2020 Aug;54(16):949-959. doi: 10.1136/bjsports-2020-102596. Epub 2020 May 31. PMID: 32475821; PMCID: PMC7418628.

Wang PY, Li Y, Wang Q. Sarcopenia: An underlying treatment target during the COVID-19 pandemic. *Nutrition*. 2021 Apr;84:111104. doi: 10.1016/j.nut.2020.111104. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33421827; PMCID: PMC7833321.

Chaaban N, Høier ATZB, Andersen BV. A Detailed Characterisation of Appetite, Sensory Perceptual, and Eating-Behavioural Effects of COVID-19: Self-Reports from the Acute and Post-Acute Phase of Disease. *Foods*. 2021 Apr 19;10(4):892. doi: 10.3390/foods10040892. PMID: 33921603; PMCID: PMC8072610.

DISQUE
SAÚDE
136



**ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Hospital
A.C. Camargo