

Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual da Saúde

**Nota Orientadora
para a Atenção
Primária à Saúde
nos casos de
pós-COVID-19**

Porto Alegre - RS
2021

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. Distribuição gratuita.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

Departamento de Atenção Primária
e Políticas de Saúde
Avenida Borges de Medeiros, 1501 (Centro
Administrativo Fernando Ferrari) - 5º andar, Bairro
Praia de Belas
CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS

Direção de Departamento:

Ana Lucia Pires Afonso da Costa

Organização:

Divisão de Atenção Primária à Saúde
Divisão de Condições Crônicas Transmissíveis e
Não Transmissíveis

Elaboração:

- ❖ **Divisão de Atenção Primária à Saúde**
Aline Von der Goltz Vianna
Carla Daiane Silva Rodrigues
Janilce Dorneles de Quadros
Laura Ferraz dos Santos
Priscila Helena Miranda Soares
Raíssa Barbieri Ballejo
Tainá Nicola
- ❖ **Divisão de Condições Crônicas Transmissíveis
e Não Transmissíveis**
Fernanda Torres de Carvalho
- ❖ **Divisão de Políticas Transversais**
Marilise Fraga de Souza
Nathaniel Pires Raymundo

❖ **TelessaúdeRS-UFRGS**

Ana Claudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Felipe Bauer Pinto da Costa
Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Marcelo Ferreira Nogueira
Renata Rosa de Carvalho
Willian Roberto Menegazzo

Colaboração:

❖ **Secretaria Estadual da Saúde RS**

- **Divisão de Políticas Transversais**
Alpheu Ferreira do Amaral Junior
Deise Valério Vetromilla
Maisa Beltrame Pedroso
Maria Alice Vieira Lantmann
- **Departamento de Gestão da Atenção**

Especializada

Cibele Almeida Gabineski
Cristiane Sculler
Karen Godoi

- **4ª Coordenadoria Regional de Saúde**
Liliane Simon Ferigollo
Patrícia Mattos Almeida

❖ **Universidade Federal do Rio Grande do Sul e**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Ana Maria Keller Jochims
Bárbara Niegia Garcia de Goulart
Ilaine Schuch
Marina Carvalho Berbigier

Ficha catalográfica

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Nota Orientadora para a Atenção Primária à Saúde nos casos de pós-COVID-19** [recurso eletrônico] / Secretaria Estadual da Saúde Rio Grande do Sul. 2021. 37 f. Porto Alegre, BR-RS, 2021.

Modo de acesso: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/coronavirus-covid-19>

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Trabalho Multiprofissional. 4. Rede de Atenção à Saúde.

APRESENTAÇÃO

Esta nota orientadora, organizada pela Divisão de Atenção Primária à Saúde, Divisão de Condições Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis e Divisão de Políticas Transversais, em colaboração com outros setores da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Telessaúde-RS e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, objetiva prestar orientações para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento de casos pós-COVID-19 e tem como público-alvo as equipes de Atenção Primária à Saúde e gestões municipais.

A pandemia de COVID-19 segue sendo um desafio para a atenção à saúde em todos os níveis, sendo que a APS, porta de entrada do SUS, atua em todas as fases da doença, desde a prevenção até a reabilitação. A gestão municipal e as equipes de APS, com apoio da gestão estadual e Ministério da Saúde, vêm se organizando para prestar uma atenção em saúde de forma integral, o que implica em estratégias de educação para a prevenção da doença, testagem, monitoramento, tratamento durante a fase aguda e também no pós-COVID-19.

Contribuindo para a organização e atenção aos casos de pós-COVID-19 e com base nas evidências disponíveis até o momento, esta nota aborda as principais estratégias para o manejo de casos de acordo as responsabilidades da gestão e das equipes, sendo que estas necessitarão de uma composição ou matriciamento multiprofissional e, quando couber, compartilhar o cuidado com a atenção especializada.

Enquanto a vacinação prossegue e nos traz esperança para o controle da doença, esperamos que este material sirva de apoio para a organização do cuidado pós-COVID-19, doença aguda que vem mostrando indícios de repercussão tardia em determinadas pessoas e, por consequência, em famílias e comunidades.

SUMÁRIO

1 Contexto epidemiológico da COVID-19 no RS	4
2 Atenção aos casos de pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	5
2.1 Orientações para a gestão municipal de saúde	6
2.2 Orientações para as equipes de Atenção Primária à Saúde	9
2.2.1 Principais repercussões da doença a longo prazo: sinais e sintomas mais comuns e tempo de duração	9
2.2.2 Orientações gerais para o planejamento do cuidado de reabilitação pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	13
2.2.3 Orientações para o registro no e-SUS	16
2.2.4 Indicações de encaminhamento à atenção médica especializada	16
2.2.5 Indicações para apoio nutricional específico	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO A - PREJUÍZOS OU DÉFICITS PRINCIPAIS, OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO, AVALIAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PARA CASOS DE PÓS-COVID-19	28
ANEXO B - LEITURAS SUGERIDAS	35
ANEXO C - SUGESTÕES DE CURSOS	37

1 Contexto epidemiológico da COVID-19 no RS

O estado do Rio Grande do Sul teve seu primeiro caso de COVID-19 identificado em 29/02/2020. Desde então, apresenta um acumulado de 1.099.431 casos até o término da Semana Epidemiológica (SE) 21 de 2021 (29/05/2021)¹.

Até a SE 23/2021², ocorreram 94.269 hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) confirmadas para COVID-19, sendo que em 33% destas as pessoas internaram em UTI e em 23% utilizaram ventilação mecânica. O risco para casos graves eleva-se no sentido das faixas etárias mais avançadas. No entanto, a partir de fevereiro de 2021, ocorreu redução da proporção de pessoas hospitalizadas com mais de 70 anos e em maio de 2021, redução das com mais de 60 anos.

Quanto à prevalência de comorbidades entre pessoas hospitalizadas, idosas e não idosas, a doença cardiovascular é a mais presente, seguida de diabetes mellitus em idosos e obesidade em não idosos. Entre o total de hospitalizados, 71% das pessoas apresentaram comorbidades.

De acordo com dados preliminares de estudos observacionais, estima-se que aproximadamente 10% dos pacientes com quadros leves a moderados de COVID-19 apresentam sintomas prolongados, que duram 3 semanas ou mais (COVID Symptom Study, 2020). Entre os usuários que necessitam internação, especialmente em UTI, estes sintomas residuais podem ser muito mais frequentes: mais de 80% dos pacientes reportaram ao menos um sintoma após 60 dias do início do quadro (CARFI et al, 2020).

Embora os sistemas de informação em saúde não disponibilizem, até o momento, dados referentes a sintomas prolongados, é possível inferir, a partir da literatura existente e dos dados epidemiológicos de casos de infecção e de internações, que haja um contingente expressivo de usuários que necessita de cuidados e reabilitação após a fase aguda de COVID-19.

¹ SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RS (2021a).

² SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RS (2021b).

2 Atenção aos casos de pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) recentemente ampliou a dimensão e resolutividade das ações da reabilitação, com o desafio de coordenar esse cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de buscar racionalidade nos encaminhamentos para média e alta complexidades, com suporte das equipes multiprofissionais e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Na prática, o modelo ainda encontra-se em estruturação, afetando acesso, efetividade e interação entre níveis assistenciais (RODES et al, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017): Art. 2º “A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, **reabilitação**, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”. Portanto, se faz necessário estruturar ações de reabilitação neste nível de atenção, com planejamento e orientações guiados pelas necessidades emergentes.

De acordo com revisão de literatura, a fase pós-aguda da COVID-19 apresenta um comprometimento multissistêmico e prolongado em algumas pessoas, condição que vem sendo denominada como **COVID “longa”** que inclui sintomas persistentes (4 a 12 semanas após quadro agudo) e **síndrome pós-COVID-19** (sintomas que persistem após 12 semanas do quadro agudo) (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE -NICE, 2020). Independente da apresentação de formas mais graves da doença, estas manifestações costumam ter um padrão flutuante, ou seja, com dias de remissão intercalados e períodos de piora sintomática importante.

O cuidado na fase pós-aguda da COVID-19 com vistas à reabilitação dos usuários envolve dois aspectos fundamentais: o apoio da gestão municipal para o diagnóstico dos recursos da rede local e regional e a organização assistencial das equipes de acordo com as demandas do território. Será necessário equilibrar a oferta e a demanda assistencial, mapeando a suficiência de recursos não apenas na APS mas na rede de saúde como um todo, considerando serviços intersetoriais.

Destaca-se que a APS estará realizando continuamente o cuidado para outras condições de saúde e adoecimento da população, concomitantemente com os cuidados promovidos a quem necessita de reabilitação pós-infecção por SARS-CoV-2. Recomenda-se, portanto, como documento orientador para as equipes e gestores municipais em relação à continuidade das ações de prevenção e promoção de saúde no território, a [Nota de Recomendações para a Atenção Básica do RS frente à pandemia de COVID-19](#).

2.1 Orientações para a gestão municipal de saúde

O mapeamento dos serviços de APS quanto ao número de equipes, número e carga horária dos profissionais e população a ser atendida deve ser realizado de acordo com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica³. Fortalecer as equipes deve ser uma das prioridades da gestão, **ajustando o quantitativo de profissionais e compondo equipes com caráter multiprofissional**, seja com os NASF-AB ou a partir do apoio de outras categorias profissionais para além da equipe mínima, o que ainda é uma realidade muito incipiente em nosso estado ou, ainda, com o reconhecimento e a estruturação da rede para encaminhamentos que se fizerem necessários.

O quadro a seguir (Quadro 1) apresenta os registros de atendimento individual no SISAB por categoria profissional, auxiliando no entendimento da distribuição destes profissionais no estado e nas equipes de APS.

Quadro 1 - Ocorrência de registros de atendimentos individuais no SISAB por categoria profissional, número de municípios e número de estabelecimentos de APS. Período: janeiro a dezembro de 2020.

Categoria Profissional	Serviço Social	Farmácia	Fisioterapia	Fonoaudiologia	Nutrição	Educação Física	Psicologia	Terapia Ocupacional
Nº de Municípios	122	89	244	129	336	39	345	20
Nº de Estabelecimentos de APS	282	129	362	169	792	71	651	34

Fonte: SISAB.

O cuidado às pessoas com necessidades de reabilitação pós-COVID-19 demanda um aporte integral, compreendendo composição multiprofissional e orientação multidisciplinar e/ou interdisciplinar, bem como intersetorial. Também podem compor o **cuidado em rede**, junto às equipes da APS e equipes multiprofissionais, as ações em **Práticas Integrativas e Complementares (PICS)**, os dispositivos de cuidado da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**.

É fundamental que este **cuidado seja compartilhado** entre a rede e as equipes de APS, integrando o trabalho já realizado por essas e não se configurando em equipes de especialistas dentro da APS. Portanto, todos os trabalhadores da APS podem participar do planejamento e execução do cuidado, em conformidade com as atribuições de cada profissional. Também é importante que seja elaborado o **Plano Terapêutico Singular (PTS)**, que consiste em um conjunto de propostas e condutas terapêuticas e intersetoriais articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, que visam a criação de estratégias de organização do cotidiano na produção de vida de pessoas acometidas por sofrimento e transtornos mentais.

³População adscrita por equipe de Saúde da Família de 2.000 a 3.500 pessoas, por equipe de Atenção Primária 30h de 3.000 pessoas e de 2.000 pessoas nas de 20h. Pela Portaria 2.979/2019, estes números podem variar de acordo com a classificação geográfica do município pelo IBGE (urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto).

O PTS deve avaliar os riscos e a vulnerabilidade do usuário, considerando os seus desejos e interesses, o profissional de referência deve definir as metas de forma negociada com o usuário e dividir com este as responsabilidades do cuidado. É imprescindível ocorrer a articulação dos serviços de saúde do território com os demais serviços da rede intersetorial (assistência social, trabalho, educação, etc) para apoio à retomada de redes de apoio e de atividades sociais e laborais, bem como suporte a demandas de renda, alimentação e moradia que possam surgir dos usuários.

No que se refere ao financiamento para apoiar o desenvolvimento das necessidades supracitadas, de março de 2020 até janeiro de 2021⁴ o governo federal repassou mais de R\$ 45 milhões aos municípios gaúchos, recursos estes voltados ao custeio de Centros Comunitários de Referência e Centros de Atendimento para enfrentamento à COVID-19 e para o Saúde na Hora Emergencial. Além destes recursos, o Programa Previne Brasil vem mantendo o custeio das equipes considerando o alcance das metas dos indicadores e da capitação ponderada, incentivos que devem ser levados em conta para garantir a qualidade da composição das equipes.

Para além destas considerações iniciais, no âmbito da APS, é fundamental que haja planejamento da gestão municipal para:

- Identificar as necessidades de saúde mais frequentes no território para subsidiar a composição das equipes da APS, equipes multiprofissionais ou equipes especializadas de retaguarda;
- Estabelecer, de acordo com as possibilidades locais, a conformação de equipes com profissionais que atendam às necessidades da população, considerando aspectos de reabilitação física, pulmonar, assistência nutricional, assistência psicossocial, entre outros, conforme sugestões do quadro abaixo (Quadro 2):

⁴Dados do Portal e-Gestor Atenção Básica, em Financiamento da APS.

Quadro 2 - Conformação multiprofissional de equipes na Atenção Primária à Saúde na perspectiva de atenção pós-COVID-19.

Alguns usuários apresentam sintomas que necessitam de intervenções específicas. Por esta razão, sugere-se que a gestão considere **agregar às equipes de APS trabalhadores cuja habilitação permita o atendimento destas demandas ou compor equipes multiprofissionais com atuação integrada à APS, para apoio matricial, retaguarda ou atendimento individual.** São profissionais que podem compor as equipes para atenção na reabilitação pós-COVID-19:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• fisioterapeutas;• fonoaudiólogos;• terapeutas ocupacionais;• psicólogos;• profissionais de educação física; | <ul style="list-style-type: none">• nutricionistas;• farmacêuticos;• assistentes sociais;• especialidades médicas, conforme prioridades identificadas. |
|---|---|

É importante ressaltar que independente do ponto de atenção no qual o usuário estiver acompanhando, este cuidado deve ser planejado de forma contínua e integral, considerando o vínculo com sua equipe de referência.

Fonte: próprios autores.

- Promover equipamentos e estrutura para a realização de atividades de telemonitoramento e utilização de estratégias de telemedicina, conforme abordado no [Guia Orientador de Teleconsulta e Telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde](#);
- Promover capacitação ou educação permanente das equipes, por meio de oferta de cursos e matriciamento, visando o acolhimento de demandas pós-COVID-19, identificação de necessidade de reabilitação, orientações de cuidados aos usuários e encaminhamento oportuno quando necessário;
- Pactuar o fluxo do usuário na rede de atenção à saúde e intersetorial (eSF, eAP, NASF-AB, Academia da Saúde, Melhor em Casa, Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), PICS, assistência social, centros especializados/ média complexidade e rede hospitalar) com base no plano de contingência COVID-19 local ou regional;
- Mapear as equipes multiprofissionais ou os serviços de média complexidade que irão matriciar as equipes de APS, bem como estruturar o processo de trabalho conjunto (plano de cuidado compartilhado, discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos, matriciamento, entre outros);

- Estabelecer parcerias com os equipamentos sociais/comunitários do território, utilizando infraestrutura, recursos materiais e profissionais que possam contribuir para a ampliação do acesso à reabilitação dos usuários acometidos pela COVID-19;
- Promover articulação com programas de residência multiprofissional e de estágios curriculares de graduação nas áreas afins;
- Recomenda-se que os demais profissionais das equipes multiprofissionais ou que compõem as equipes da APS integrem seu processo de trabalho para a atenção às demandas de saúde do território para além da reabilitação pós-COVID-19.

Quanto à estrutura física das unidades e recursos materiais, recomenda-se:

- Levantar, junto aos profissionais das equipes, as necessidades de equipamentos e estrutura das Unidades de Saúde para o atendimento local, remoto e em domicílio;
- Adequar as condições de acessibilidade para cadeiras de rodas ou outros dispositivos de apoio à locomoção;
- Revisar a necessidade e prover EPI para todos os profissionais;
- Considerar ofertar máscaras para usuários em atendimento, caso não possuam máscaras adequadas à prevenção de doenças respiratórias;
- Providenciar equipamentos e instrumentos específicos para profissionais atuantes na reabilitação;
- Identificar o fluxo para aquisição de equipamentos de mobilidade/suporte e insumos na rede local.

2.2 Orientações para as equipes de Atenção Primária à Saúde

É de grande relevância a estruturação das equipes da APS, a organização da Rede e o estabelecimento de fluxos assistenciais para atenção aos casos de coronavírus e aos demais agravos. Assim como é importante que ocorra o monitoramento dos usuários com síndrome gripal e seus contatos e os cuidados pós-COVID-19, com articulação de ações que busquem a continuidade da promoção, prevenção, cuidado e reabilitação (SES-PR, 2021).

2.2.1 Principais repercussões da doença a longo prazo: sinais e sintomas mais comuns e tempo de duração

Para o acompanhamento deste período e suas consequências, as equipes de APS precisam estar atentas aos sinais e sintomas mais frequentes (Quadro 3), seja de usuários que passaram ou não por período de internação. Sabe-se que, muito provavelmente, estes usuários serão contra-referenciados para a APS no pós-alta hospitalar ou buscarão atendimento de forma espontânea, podendo ser identificados também a partir de estratégias de busca ativa.

Quadro 3 - Sinais e sintomas persistentes após a fase aguda da COVID-19 relatados na literatura, de acordo com os diferentes sistemas.

Sistemas do corpo humano	Tipos de complicações
Sistema respiratório	Complicações menos graves
	Fadiga, dispneia, desconforto torácico e tosse seca.
	Complicações mais graves
	Fibrose pulmonar, doença intersticial pulmonar, hipertensão arterial pulmonar secundária a tromboembolismo pulmonar (TEP).
Sistema músculo-esquelético	Dor articular, mialgia, perda de condicionamento físico persistente
Sistema tegumentar	Rash com múltiplas apresentações possíveis: vesicular, maculopapular, urticariforme ou similar a eritema pérmio, além de alopecia.
Sistema cardiovascular	Complicações mais graves
	Dano miocárdico viral (miocardite), pericardite, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, palpitações, arritmias, distúrbios tromboembólicos.
Sistemas sensorial e nervoso	Complicações menos graves
	Anosmia e disgeusia persistentes, déficit nutricional, alterações cognitivas (dificuldade de concentração ou perda de memória), tontura, cefaleia.
	Saúde mental: depressão, ansiedade, intensificação do uso de medicamentos, álcool e outras drogas, alteração/distúrbios do apetite, comportamento alimentar, alteração/distúrbios do sono, conflitos interpessoais, transtorno do estresse pós-traumático.
	Complicações mais graves

Sistemas sensorial e nervoso	Acidentes vasculares isquêmicos ou hemorrágicos, convulsões, encefalite, encefalomielite, hemorragia intracerebral, trombose de seio venoso cerebral, Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível, Síndrome de Guillain-Barré, síndromes parkinsonianas, lesões desmielinizantes periféricas, miopatia, miastenia gravis e outras neuropatias. Saúde mental: sintomatologia persistente e sofrimento intenso, comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, quadros graves de depressão maior, psicose, luto patológico, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), conduta suicida, problemas coexistentes (alcoolismo, outras dependências).
Sistema digestório	Falta de apetite, odinofagia, parosmia, diarreia, disfagia, desnutrição.
Sistema urinário	Complicações mais graves
	Sequelas de insuficiência renal aguda ⁵ .

Fonte: Adaptado de UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020 e UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021, MIKKELSEN E ABRAMOFF, 2021, BMJ BEST PRACTICE, 2021. Fiocruz, 2020a; 2020b.

Quanto ao tempo de duração dos sintomas, estudos realizados até o momento⁶ o classificam em dois grupos: **a) sintomas persistentes da COVID-19:** sinais e sintomas da COVID-19 que duram de 4 a 12 semanas após a infecção aguda; **b) síndrome pós-COVID-19:** sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou após a infecção por SARS-CoV-2, continuam por mais de 12 semanas e não são explicados por diagnósticos alternativos.

Em relação à prevalência populacional dos sintomas prolongados, não há estudo definitivo, porém, um estudo (CARFI et al, 2020) estimou que cerca de 80% dos pacientes relataram ao menos um sintoma após 60 dias do início do quadro. Sabe-se que a maioria dos casos irá apresentar quadro auto-limitado, com resolução em até 12 semanas e a terapia deve ser direcionada para o alívio dos sintomas e estratégias de enfrentamento.

⁵A maioria dos pacientes com insuficiência renal aguda devido à COVID-19 tem recuperação completa durante a internação, porém alguns podem permanecer com redução da taxa de filtração glomerular e devem ser acompanhados conforme estágio de perda de função renal.

⁶ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2020); KEMP; CORNER; COLVIN (2020); DATTA; TALWAR; LEE (2020).

Quanto à saúde mental, os impactos negativos da COVID-19 podem se manter presentes por diversos meses, mesmo após o término do período de distanciamento social. Persistem, em parte significativa da população, alterações comportamentais como a redução do contato social, o afastamento de locais públicos ou fechados, dificuldades para retornar ao trabalho regular, a lavagem compulsiva de mãos, além de sintomas de depressão, ansiedade e de transtorno de estresse pós-traumático.

Destaca-se que alguns públicos-alvo são **mais suscetíveis a manifestações exacerbadas ao estresse** relacionado à pandemia e ao isolamento:

- idosos e pessoas com condições clínicas de maior risco para complicações graves da COVID-19;
- crianças e adolescentes;
- profissionais de saúde que estão trabalhando na linha de frente da resposta à COVID-19;
- pessoas que têm condições de saúde mental pré-existentes, incluindo problemas com o uso de substâncias;
- mulheres têm mais risco de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Pacientes com algum transtorno mental já diagnosticado podem intensificar a angústia, principalmente se já manifestavam quadros de ansiedade. Os transtornos psíquicos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório, cujo risco de surgimento destes aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade. A preocupação com a pandemia pode levar a uma piora dos transtornos de humor pré-existentes, como a depressão. Já pacientes com transtornos mentais graves, a exemplo da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno bipolar apresentam risco para recaídas de sintomas ou episódios mais intensos, e de apresentar a capacidade de juízo comprometida, assim como comportamentos mais impulsivos e/ou imprudentes. Dentre os efeitos tardios mais recorrentes estão:

- luto patológico;
- depressão;
- transtornos de adaptação;
- manifestações de estresse pós-traumático;
- abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos.

O contexto de pandemia expõe a população à ameaça de morte mais próxima e súbita. As mortes repentinas, inesperadas e precoces dificultam o processo do luto normal e pode acarretar em transtornos psicológicos para as pessoas que vivenciaram perdas dessas formas. Ou seja, nas circunstâncias de uma pandemia, a vivência dos processos de luto potencializam o agravamento dos sofrimentos psíquicos individuais e também coletivos. As dificuldades de ritualizar a despedida das pessoas significativas produz a persistência de sentimentos de raiva, horror, choque e dificuldades para a retomada de investimento nas atitudes necessárias para o enfrentamento da vida, de modo generalizado, uma vez que toda a população está vulnerável às perdas.

Situações de estresse agudo e até mesmo o estabelecimento de quadros de transtorno de estresse pós-traumático se manifestam através de sintomas como lembranças recorrentes da situação vivida ou pesadelos, alterações negativas no humor e em cognições, aumento da evitação ou excitação/reatividade no humor, o que se evidencia em um contexto de experiência da contaminação pela doença, das próprias mortes, perdas e da impotência frente às reduções econômica, violência, episódios de tensão familiar, desemprego entre outras vulnerabilidades.

Além dos quadros diagnósticos já fechados, há também padrões de sofrimento que se manifestam de forma prolongada como tristeza, medo generalizado e ansiedade expressos corporalmente, sintomas os quais, uma vez que não seja realizada uma intervenção adequada, podem vir a desencadear uma patologia a médio ou longo prazo.

Em relação aos aspectos nutricionais, sabe-se que as complicações pós-COVID-19 acarretam em alterações físicas, clínicas e emocionais que podem comprometer aspectos relacionados ao consumo alimentar adequado, contribuindo para agravamento da condição de saúde do usuário. Dentre os sintomas persistentes devem ser observados os quimiossensoriais (ageusia, anosmia e parosmia), as alterações de trato gastrointestinais, diarreia, fadiga e inapetência persistentes, perda de peso significativa ou grave, disfagia com necessidade de adaptação de consistências e/ou vias de alimentação alternativa, lesões de pele por pressão advindas de polineuropatias, imobilidade, longos períodos de internação e insuficiência nutricional, além de alterações glicêmicas e descompensação de demais condições de saúde crônicas.

2.2.2 Orientações gerais para o planejamento do cuidado de reabilitação pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde

A partir da **identificação dos usuários em recuperação da fase pós-aguda da COVID-19**, com indicação de reabilitação, as equipes precisam organizar o cuidado guiadas pelos sinais e sintomas persistentes, mantendo o cuidado longitudinal e vínculo do usuário e sua família. Nesta fase, é super importante o trabalho de busca ativa realizado pelos agentes comunitários de saúde.

O **cuidado integral e suporte abrangente** deve ser o objetivo do tratamento na APS, com atenção a comorbidades descompensadas e orientações de saúde em geral nas diferentes áreas, como alimentação, atividade física de acordo com a tolerância, sono e saúde mental (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021). Para o manejo de sintomas persistentes, recomendamos a consulta ao documento [Avaliação e manejo de sintomas prolongados de COVID-19, do Telessaúde RS](#) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020), o qual também chama a atenção para a **síndrome pós-cuidado intensivo**, referente a usuários que passam por cuidados em terapia intensiva e podem experimentar uma ampla gama de complicações secundárias aos procedimentos invasivos, técnicas de cuidado no leito e manejo farmacológico adotado.

A reabilitação tem por função reduzir complicações e risco de readmissão hospitalar e é especialmente necessária após cuidados intensivos (embora não restrita a estes casos), sendo guiada pelas necessidades apresentadas por cada pessoa.

Na APS, após o **acolhimento desses usuários**, uma avaliação clínica poderá ser realizada de forma compartilhada pelos médicos e enfermeiros das equipes mínimas, atentando para o histórico da fase aguda da doença, considerando, em especial, história de internação e documentos emitidos na alta hospitalar.

A condição de **saúde bucal** prévia do paciente internado e a necessidade de intubação, acrescidos de uma má higienização durante o período de internação, podem favorecer algumas condições orais, tais como: doença periodontal, halitose, luxações dentárias e candidíase. Assim, é recomendado que seja feita uma avaliação odontológica nos pacientes com alta hospitalar.

A Organização Mundial de Saúde elaborou algumas recomendações para reabilitação pós-COVID-19⁷ com foco nas seguintes áreas: **prejuízo cognitivo, fraqueza muscular e condicionamento físico, déficit pulmonar, dificuldade de deglutição, prejuízos na fala e dificuldades para retomada das atividades de vida diária (AVD)**. Ressalta-se que as recomendações podem ser utilizadas pelas diferentes conformações de equipes de APS, não excluindo outras estratégias que queiram adotar ou o cuidado compartilhado com outro nível de atenção. O **Anexo A** apresenta um quadro que sintetiza os objetivos, considerações para avaliação e estratégias de cuidado e orientações em cada uma das áreas referidas.

Após esta fase, estes profissionais podem solicitar a **avaliação complementar de outros profissionais** que compõem as equipes de APS ou profissionais disponíveis na rede do município, respeitando as especificidades do exercício de cada profissão para os cuidados de reabilitação. As intervenções propostas por equipes multidisciplinares devem prever uma avaliação inicial ampla e uma série de estratégias de cuidado em diferentes níveis de complexidade.

O retorno das pessoas para as suas **atividades habituais**, especialmente de trabalho e estudo depende de suas condições gerais de saúde e das exigências de sua atividade. Portanto, caberá à equipe que o estiver acompanhando avaliar se há condições de alta para retorno a suas atividades ou maior período de afastamento devido a um tempo de convalescência maior.⁸ Pode ser necessária **articulação com a assistência social** em alguns casos. Observar, ainda, as recomendações constantes em [Notificações dos casos de COVID-19 relacionada ao trabalho](#).

⁷WHO, 2021. Clinical management of patients with COVID-19 - Rehabilitation of patients with COVID-19. Curso, disponível em: <https://openwho.org/courses/clinical-management-COVID-19-rehabilitation>

⁸UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Avaliação e Manejo de sintomas prolongados de COVID-19. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; Out 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao_e_manejo_de_sintomas_prolongados_covid.pdf.

Os cuidados relacionados aos efeitos da pandemia na **saúde mental** da população têm grande impacto nos serviços da APS. Os profissionais necessitam não apenas atualizar os tratamentos psicofármacos, com suas eventuais substituições e otimização de doses, como também considerar critérios para determinar se uma reação psicossocial considerada esperada está se tornando persistente e se haverá necessidade de encaminhamentos. Entre estes critérios destaca-se a avaliação sobre:

- Sintomas persistentes;
- Sofrimento intenso;
- Complicações associadas (por exemplo, conduta suicida);
- Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano;
- Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho;
- Risco de complicações, em especial o suicídio;
- Problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências;
- A depressão maior, a psicose e o transtorno por estresse pós-traumático são quadros graves que requerem atenção especializada, principalmente em situações de crise.

Como recursos, pode ser indicada a participação em Oficinas Terapêuticas (OT) de Saúde Mental na Atenção Básica (conforme indicação das equipes e motivação do usuário), o cuidado compartilhado (matriciamento) entre as equipes da AB e as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, conforme disponível no território: NASF-AB, Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, estabelecida a referência e contrarreferência, pode-se indicar a avaliação e acompanhamento dos casos moderados pelas equipes ambulatoriais/AMENT e dos casos graves e persistentes pelas equipes dos CAPS. Para tanto, é necessário que a equipe da APS faça a avaliação biopsicossocial e a estratificação de risco em saúde mental do usuário.

É necessário aprimorar as **estratégias de comunicação** das equipes e estabelecer mecanismos para garantir o acesso aos cuidados em saúde. Os profissionais das equipes da APS e das equipes multiprofissionais devem se integrar tanto nas ações privativas de cada categoria profissional, quanto em outras atividades comuns a todos os profissionais (SES-PR, 2021).

É possível organizar o cuidado pela equipe de referência em **articulação com outro ponto da rede (compartilhamento do cuidado)** a partir de estratégias de discussão periódica de casos, interconsulta, referência e contrarreferência, Projeto Terapêutico Singular, dentre outros. Dependendo do caso e considerando as medidas de proteção individual e coletiva contra a COVID-19, dentre outras vantagens da modalidade, a realização de atividades de telemonitoramento e telemedicina pode ser recomendada, conforme avaliação da equipe (consultar o [Guia Orientador de Teleconsulta e Telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde](#)).

O **envolvimento do usuário** na coprodução do cuidado é decisivo. Sugere-se que o paciente, sua família e cuidadores sejam engajados em todo o processo, desde o acolhimento, avaliação, planejamento e execução das ações de reabilitação. A tomada de decisão compartilhada é uma abordagem de cuidado que responde às necessidades e preferências do usuário, visto que uma comunicação aprimorada entre a equipe e os usuários pode facilitar decisões mais adequadas sobre seu cuidado (Porto Alegre, 2020)⁹. Algumas sugestões para qualificação da comunicação podem ser encontradas na publicação [Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática](#).

2.2.3 Orientações para o registro no e-SUS

Considerando que ainda não existem estudos definitivos sobre a estimativa de prevalência populacional da COVID-19 com sintomas prolongados, é necessário criar um mecanismo de monitoramento. Assim, recomendamos que sempre que o atendimento de uma doença/condição estiver relacionada a uma prévia infecção pelo COVID-19, as equipes façam o registro com o **CID: B972 CORONAVÍRUS, COMO CAUSA DE DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTROS CAPÍTULOS**.

2.2.4 Indicações de encaminhamento à atenção médica especializada

Com o apoio da gestão municipal e conhecimento da rede de atenção disponível, as equipes precisarão avaliar possíveis encaminhamentos à atenção especializada frente às necessidades apresentadas pelos usuários nos casos de sintomas prolongados. Além de contar com os profissionais de diferentes núcleos profissionais dos NASF-AB ou equipes multiprofissionais, por exemplo, pode ser necessário referenciar os usuários para especialidades médicas, tais como cardiologia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria, neurologia, dentre outras.

De acordo com as complicações mais graves elencadas no Quadro 3, indicamos a consulta aos seguintes protocolos de regulação¹⁰. No Quadro 4 serão descritos os critérios já estabelecidos pelos protocolos previamente à pandemia além de alguns critérios novos, baseado nos dados disponíveis até o momento de pacientes com sintomas persistentes ou síndrome pós-COVID-19. Esses critérios poderão ser atualizados conforme novos dados surgirem.

⁹Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Tiago Chagas Dalcin, Carmen Giacobbo Daudt ... [et al.,]. – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas.

¹⁰Estes protocolos também contemplam condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para serviços de emergência.

Quadro 4 - Principais protocolos de regulação de acordo com os sinais ou condições clínicas persistentes e resumo das condições clínicas indicativas de encaminhamento.

Sinal ou condição persistente	Nome do protocolo ¹¹	Resumo das condições clínicas
<p>Arritmias/ Palpitações/ Sequelas de dano miocárdico viral/ Pericardite/ Insuficiência cardíaca/ Infarto agudo do miocárdio</p>	<p>Protocolos de Regulação Ambulatorial Cardiologia Adulto</p>	<p>Critérios adicionais/novos de encaminhamento à Cardiologia de casos pós COVID-19¹²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Coronariana Aguda em contexto de infecção por COVID-19, após alta hospitalar; • pericardite, após avaliação na emergência, se sintomas persistentes após tratamento adequado com AINES e colchicina por pelo menos 4 semanas; • novo diagnóstico de insuficiência cardíaca ou piora sintomática de insuficiência cardíaca pré-existente; • palpitações persistentes com avaliação inicial inconclusiva (anamnese e exame físico, ECG, hemograma, função tireoidiana e eletrólitos; avaliar causas psicogênicas; medicações e ingestas de estimulantes). <p>Critérios já definidos no protocolo de Cardiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência); ou • bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo); ou • fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm); ou • taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento; ou • outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência).

¹¹Todos protocolos estão disponíveis na página do RegulaSUS: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/regulasus/>

¹²ZIMETBAUM, P. J. (2020), GROSSMAN, G. B. et al. (2020), THE EUROPEAN SOCIETY FOR CARDIOLOGY. (2020), NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2020), RAJAN, S. et al. (2021), GALIÉ, N. et al (2015).

<p>Fibrose pulmonar¹³/ Doença intersticial pulmonar / Hipertensão Arterial Pulmonar secundária a TEP/ Dispneia ou tosse persistente</p>	<p>Protocolos de encaminhamento para pneumologia adulto</p>	<p>Critérios adicionais/novos de encaminhamento à Pneumologia de casos pós-COVID-19¹⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistência de opacidades em vidro fosco, pneumonia organizante ou doença intersticial/fibrose em RX ou TC de tórax de controle após 12 semanas do quadro agudo, em paciente com sintomas respiratórios prolongados; • sintomas respiratórios persistentes após 12 semanas com alteração na radiografia ou na espirometria ou no teste de dessaturação e indisponibilidade de complementar investigação (TC de tórax, angiotomografia de tórax e ecocardiograma); • pacientes que recebem alta em uso de oxigênio domiciliar; • dispneia ou tosse persistente com investigação inconclusiva na APS e sem resposta ao tratamento conservador após 12 semanas do quadro agudo da COVID-19; • paciente com história de TEP pós-COVID-19 que permanece com dispneia, cansaço, intolerância ao exercício, tontura e/ou síncope após 12 semanas do evento tromboembólico. <p>Critérios já definidos no protocolo de Pneumologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paciente com DPOC e VEF1 menor do que 30% do previsto; ou • paciente com DPOC que persiste com exacerbações (2 ou mais por ano ou 1 internação hospitalar); ou muito sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC, apesar do tratamento otimizado (conforme categoria GOLD ABCD¹⁵); ou • suspeita de cor pulmonale.
---	---	--

¹³O protocolo mais próximo para este sinal persistente é o referente à DPOC. Neste mesmo grupo de protocolos, há um específico para tosse crônica e dispneia.

¹⁴GEORGE, P. M. et al. (2020), BRITISH THORACIC SOCIETY (2021), RIVERA-LEBRON, B. (2019).

¹⁵Para consulta aos quadros citados, buscar diretamente os documentos referentes aos protocolos.

<p>Cefaleia, perda de memória, polineuropatias</p>	<p>Protocolos de encaminhamento para Neurologia Adulto.</p>	<p>Critérios adicionais/novos de encaminhamento à Neurologia de casos de pós-COVID-19:</p> <p>Perda de memória/ demência</p> <ul style="list-style-type: none"> • declínio cognitivo que cause prejuízo funcional em paciente com história recente de COVID-19, após exclusão de delirium. <p>Polineuropatia</p> <ul style="list-style-type: none"> • sintomas de polineuropatia após a infecção por COVID-19 (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) com investigação inicial de outras causas na APS e com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento de outras causas concomitantes e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina); <p>Critérios já definidos no protocolo de Neurologia adulto:</p> <p>Perda de memória/ demência</p> <ul style="list-style-type: none"> • declínio cognitivo em que foram excluídas outras causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados. <p>Cefaleia</p> <ul style="list-style-type: none"> • migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS; • outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea ou tipo tensão; • paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (RMN ou TC de crânio), quando exame não for disponível na APS**. <p>Polineuropatia</p> <ul style="list-style-type: none"> • polineuropatia desmielinizante; • polineuropatia com características atípicas, após avaliação em serviço de emergência, se necessário; <p>Se suspeita de polineuropatia aguda (como Guillain-Barré), o paciente deve ser encaminhado à emergência. Após quadro agudo pode necessitar de encaminhamento para neurologia conforme sequelas apresentadas.</p>
---	---	---

<p>Dano renal¹⁶</p>	<p>Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia</p> <p>Protocolo de encaminhamento para nefrologia adulto</p>	<p>Critérios adicionais/novos de encaminhamento à Nefrologia de casos de pós-COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • taxa de filtração glomerular (TFG) que permanece < 60 ml/min/1,73m² após 3 meses da alta hospitalar; • pacientes que necessitam manter diálise após a alta hospitalar; <p>Critérios já definidos no protocolo de Nefrologia adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 1 ano, com uma TFG <60 ml/min/1,73m² , confirmado em dois exames); ou • proteinúria; ou • presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).
<p>Distúrbios tromboembólicos (TVP, TEP, AVC ou AIT)*</p>	<p>Protocolo de encaminhamento para cirurgia vascular</p> <p>Protocolos de encaminhamento para Neurologia Adulto.</p>	<p>Condições que indicam encaminhamento à Cirurgia Vascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva) por 6 meses. • AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico (agenda de neurocirurgia também pode ser utilizada). <p>Condições que indicam encaminhamento à Pneumologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspeita de hipertensão pulmonar após TEP: paciente com história de TEP pela COVID-19 que permanece com dispneia, cansaço, intolerância ao exercício, tontura e/ou síncope após 12 semanas do evento tromboembólico.

¹⁶O protocolo mais próximo para esta condição persistente é o referente à Insuficiência Renal Crônica.

<p>Distúrbios tromboembólicos (TVP, TEP, AVC ou AIT)*</p>		<p>Condições que indicam encaminhamento à Neurologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC hemorrágico sem outra etiologia definida, além da COVID-19; • AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos; • AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); • AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%.
<p>Ansiedade, depressão, Transtorno do Estresse Pós-Traumático</p>	<p>Protocolo de encaminhamento para psiquiatria adulto</p>	<p>Condições que indicam encaminhamento à Psiquiatria:</p> <p>Ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (farmacológicas e/ou não farmacológicas em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas cada); ou • caso associado a transtorno grave por uso de substância psicoativa; ou • paciente com ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após o início do manejo). <p>Depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • casos refratários: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por pelo menos oito semanas cada; • episódio depressivo associado a sintomas psicóticos; • episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); • paciente com ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo).

<p>Ansiedade, depressão, Transtorno do Estresse Pós-Traumático</p>		<p>Transtorno do Estresse Pós-Traumático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEPT com episódio traumático recente (até 6 meses antes da data do encaminhamento) e: <ul style="list-style-type: none"> - ausência de resposta ou resposta parcial a uma estratégia terapêutica efetiva (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 4 semanas; ou - ideação suicida persistente. • TEPT com episódio traumático há mais de 6 meses da data do encaminhamento: <ul style="list-style-type: none"> - ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 8 semanas cada); ou - ideação suicida persistente.
<p>Diarreia</p>	<p>Protocolo de encaminhamento para a gastroenterologia</p>	<p>Condições que indicam encaminhamento à Gastroenterologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS***; • suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal.

*Se a suspeita for condições como acidentes vasculares isquêmicos ou hemorrágicos, convulsões, encefalite, encefalomielite, hemorragia intracerebral, trombose de seio venoso cerebral, Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível, Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatias atípicas devem ser encaminhadas à emergência. Após a avaliação na emergência, o manejo segue igual aos pacientes com tais condições neurológicas não relacionadas à COVID-19, sendo o encaminhamento à neurologia necessário conforme cada condição no protocolo.

**Cefaleia que indica realização de exame de imagem: padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia;

- início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses;
- dor que acorda durante o sono;
- dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

***Pacientes com uso prévio de antibióticos (ambulatorialmente ou em internação hospitalar) devem ser avaliados quanto a possibilidade de infecção por *Clostridium difficile* (pesquisa de toxina do *C. difficile* nas fezes), se exame disponível.

2.2.5 Indicações para apoio nutricional específico

Algumas condições relacionadas à situação nutricional podem estar presentes em casos pós-COVID-19 e demandam avaliação do(a) nutricionista. Casos de desnutrição, lesão por pressão, disfagia e necessidade de terapia nutricional oral e enteral são candidatos para esta avaliação. A seguir, elencamos as condições que indicam encaminhamento nutricional:

- Alteração de diagnóstico nutricional associado a uma ou mais complicações;
- Redução de consumo alimentar: ingestão inferior a 75% das necessidades nutricionais;
- Dieta enteral por sonda nasoenteral ou gastrostomia;
- Perda de peso significativa e ou grave;
- Alterações quimiossensoriais ou de comportamento alimentar que impactem em consumo alimentar;
- Hiperglicemia sustentada sem resposta ao manejo da equipe básica;
- Pacientes com lesão por pressão.

A SES/RS elaborou o [Protocolo e Diretrizes de avaliação, acompanhamento e tratamento para usuários de fórmulas nutricionais – RS](#), definindo diretrizes para a dispensação de fórmulas nutricionais especiais, cujo laudo para solicitação pode ser acessado [aqui](#).

REFERÊNCIAS

BMJ BEST PRACTICE. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): straight to the point of care. London, 8 May 2021. Disponível em:

<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/pdf/3000201/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...] Brasília, 2017.

BRITISH THORACIC SOCIETY. **British Thoracic Society guidance on respiratory follow up of patients with a clinico-radiological diagnosis of COVID-19 pneumonia**. atual.

London, 16 Apr. 2021. versão 1.2. 15 f. Disponível em:

<https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/quality-improvement/covid-19/resp-follow-up-guidance-post-covid-pneumonia/>.

CARFI A. et al. for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **JAMA**. 2020;324(6):603–605. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/276835>.

COVID Symptom Study. **How long does COVID-19 last?** 2020 June 6.

Disponível em: https://covid.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxlcmmdL-EFjh_al-.

DATTA, S. D.; TALWAR, A.; LEE, J. T. A Proposed Framework and Timeline of the Spectrum of Disease Due to SARS-CoV-2 Infection: Illness Beyond Acute Infection and Public Health Implications. **JAMA**. 2020; 324:2251–2. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2773338>

DYNAMED. Disorders of smell and taste. Ipswich (MA): **EBSCO Information Services**, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T921617>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: Processo de Luto no Contexto da COVID-19. Fundação Oswaldo Cruz. 2020a.

Disponível em:

<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: Recomendações Gerais. 2020b. Disponível em:

<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>.

GALIÉ, N. et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the joint task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung. **European Heart Journal**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 67-119, Jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320113/>.

GEORGE, P. M. et al. Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia. **Thorax**, London, v. 75, p. 1009-1016, 24 Aug. 2020. Disponível em: <https://thorax.bmj.com/content/75/11/1009>.

GROSSMAN, G. B. et al. Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC/SBC) sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia por COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 284-291, Ago. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11502/posicionamento-do-departamento-de-ergometria-exercicio-cardiologia-nuclear-e-reabilitacao-cardiovascular-dercsbc-sobre-a-atuacao-medica-em-suas-areas-durante-a-pandemia-por-covid-19.asp>.

KEMP, H. I.; CORNER, E.; COLVIN, L. A. Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 125, n. 4, p. 436-440. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261464/>

LAFRENIERE, D. Taste and olfactory disorders in adults: Evaluation and management. Waltham (MA): **UpToDate**, 13 May 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/taste-and-olfactory-disorders-in-adults-evaluation-and-management>.

MIKKELSEN, M. E.; ABRAMOFF, B. COVID-19: evaluation and management of adults following acute viral illness. Waltham (MA): **UpToDate**, 26 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-evaluation-and-management-of-persistent-symptoms-in-adults-following-acute-viral-illness>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 (NG188): evidence reviews 6 and 7: monitoring and referral. London, Dec. 2020. (**NICE Guideline, n. 188**). 26 f. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567265/>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. **NICE Clinical Guideline 188**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 18 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>.

RAJAN, S. et al. In the wake of the pandemic: preparing for long COVID: policy brief 39. Geneva: WHO, 2021. (**Health Systems and Policy Analysis**). 30 f. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf..>

RIVERA-LEBRON, B. Diagnosis, treatment and follow up of acute pulmonar embolism: consensus practice from the PERT Consortium. **Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis**, Thousand Oaks, CA, v. 25, p. 1-16, Jan./Dec. 2019. Doi 10.1177/1076029619853037. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31185730/>.

RODES, C. H. et al . O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa [online]**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100074&lng=pt&nrm=iso.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ (SES-PR). **Nota orientativa 02/2021**: orientações quanto à atuação das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da pandemia COVID-19. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-03/Nota%20Orientativa%20n%C2%BA02_2021%20Equipes%20multi%20APS.pdf.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL/COE RS. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-2019 - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 21 de 2021**. 2021a. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/13080233-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-se-21.pdf>

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL/COE RS. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-2019 - ANÁLISE DAS HOSPITALIZAÇÕES POR SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE E ÓBITOS - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA (SE) 23 DE 2021**. 2021b. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/25144212-be-resumido-se-23-2021.pdf>

THE EUROPEAN SOCIETY FOR CARDIOLOGY. **ESC Guidance for the diagnosis and management of CV disease during the COVID-19 pandemic**. 10 June 2020. 119 f. Disponível em: <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Avaliação e Manejo de sintomas prolongados de COVID-19**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; Out 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao_e_manejo_de_sintomas_prolongados_covid.pdf.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. **Necessidades assistenciais para o manejo de sintomas persistentes e Síndrome pós-COVID-19**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, Mar 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/necessidades-assistenciais-para-o-manejo-de-sintomas-persistentes-e-sindrome-pos-covid-19/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos do RegulaSUS**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>.

ZIMETBAUM, P. J. Evaluation of palpitations in adults. Waltham (MA): **UpToDate**, 10 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-palpitations-in-adults>.

ANEXO A - PREJUÍZOS OU DÉFICITS PRINCIPAIS, OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO, AVALIAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PARA CASOS DE PÓS-COVID-19¹⁷

Independente dos casos de pós-COVID-19 caracterizarem-se por períodos de internação ou recuperação em domicílio, para a avaliação de reabilitação deve-se considerar a idade do usuário e a história prévia de comorbidades. Além disto, o histórico de internação hospitalar e as intervenções deste período, tais como o tempo de terapia intensiva, necessidade de ventilação mecânica e/ou traqueostomia, uso de sondas e outros dispositivos, são dados relevantes para a etiologia dos prejuízos ou déficits identificados.

Prejuízos ou déficits principais	Objetivos da reabilitação	O quê considerar na avaliação?	Estratégias e orientações de cuidado (considerar as atribuições de cada categoria em composição multiprofissional ¹⁸)
Prejuízo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar o usuário e sua família ou cuidadores a compreender a deficiência e como gerenciá-la em seu cotidiano; ➤ Melhorar a função cognitiva; ➤ Compensar os déficits cognitivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico do usuário (considerar o estado cognitivo pré-admissão); ➤ Aplicar instrumentos padronizados*, quando possível e disponível; ➤ Desempenho de atividades funcionais (é comum ouvir relatos conflitantes do paciente e de sua família); ➤ Educação e histórico de trabalho (incluindo alfabetização básica e seriação, pois esta decisão orienta sobre quais instrumentos de avaliação serão 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar as expectativas, inclusive de membros da família e/ou cuidadores, com ênfase no alívio do estresse e da ansiedade; ➤ Incentivar o estabelecimento de metas e um retorno gradual às atividades; ➤ Orientar exercícios físicos: devem ser gradualmente inseridos na rotina diária do usuário. Aumentar a frequência considerando suas limitações; ➤ Orientar atividades cognitivas: quebra-cabeças, jogos de palavras e

¹⁷ Adaptado de: WHO, 2021. Clinical management of patients with COVID-19 - Rehabilitation of patients with COVID-19. Curso, disponível em:

<https://openwho.org/courses/clinical-management-COVID-19-rehabilitation>

¹⁸ Profissionais para além da equipe mínima: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, médicos de diferentes especialidades, dentre outros.

<p>Prejuízo cognitivo</p>		<p>apropriados);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ambiente doméstico (incluindo distância do serviço de reabilitação) e apoio social; <p>*Os instrumentos de avaliação cognitiva são padronizados para contextos específicos, portanto não existe um que pode ser recomendado globalmente. O que for utilizado deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser válido, confiável e aceitável para o contexto; ➤ Direcionado à atenção seletiva, memória e funções mais abrangentes, como tomada de decisão e comportamento direcionado a metas; ➤ Ser realizado por alguém treinado no uso e interpretação dos resultados; ➤ Idealmente, a equipe responsável pelo tratamento esteja familiarizada, para que os resultados sejam significativos para a tomada de decisão. 	<p>números, exercícios de memória e leitura podem ajudar a melhorar a função cognitiva. Começar com atividades que são desafiadoras, mas alcançáveis, aumentando a dificuldade conforme possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar e estimular a participação em atividades domésticas diárias de maneira gradativa, considerando sintomas de fadiga e fraqueza após a fase aguda da COVID-19. <ul style="list-style-type: none"> ○ Como o comprometimento cognitivo pode persistir a longo prazo, é importante que o usuário e seus familiares tenham estratégias para administrá-lo e reduzir seu impacto em suas vidas. ○ Sugerir criação de listas, notas e alertas, como alarmes de telefone, que podem ser úteis para pessoas com déficit de memória. ○ Orientar a divisão das atividades em etapas individuais pode evitar que a pessoa se sinta sobrecarregada. ○ Orientar exercícios de relaxamento, incluindo meditação, para alívio do estresse.
----------------------------------	--	---	--

<p>Fraqueza muscular e condicionamento físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar o usuário e sua família ou cuidadores a compreender a deficiência e como gerenciá-la em seu cotidiano; ➤ Melhorar a função física; ➤ Compensar os déficits físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico do usuário (condição física pré-admissão, dificuldades físicas relatadas, incluindo força, equilíbrio, dor, tolerância ao exercício, fadiga. Dificuldades neurológicas podem ser relatadas); ➤ Avaliação física (força e amplitude de movimento, equilíbrio e coordenação, mobilidade funcional, tolerância ao exercício); ➤ É provável que muitos pacientes experimentando dificuldades de condicionamento físico também experimentem dificuldades respiratórias; ➤ Ambiente doméstico e comunitário, incluindo a capacidade de se exercitar com segurança em ambientes fechados ou ao ar livre; ➤ Fatores pessoais e culturais relevantes. 	<p>Retomada da atividade e fadiga</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar sobre a importância de retomar as atividades diárias em um ritmo adequado e de maneira gradual que seja seguro e gerenciável para os níveis de energia. <p>Dispneia</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar sobre o nível apropriado de exercício, bem como sinais de alerta para quando procurar ajuda no caso de usuários com falta de ar aos esforços. <p>Mobilidade funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar sobre mobilização segura, incluindo o ambiente doméstico, serviços de saúde e os percursos entre estes, se for o caso. ➤ Alguns usuários podem precisar de um equipamento auxiliar para sua mobilidade (cadeira de rodas, bengalas, etc) apropriado para seu ambiente doméstico e comunitário. ➤ São necessárias orientações adicionais para usuários com falta de ar extrema e / ou que precisam de suporte de oxigênio. <p>Fortalecimento muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar sobre alongamento e fortalecimento muscular. ➤ Usuários com condicionamento físico

<p>Fraqueza muscular e condicionamento físico</p>			<p>prejudicado e fraqueza muscular podem começar a reabilitação com exercícios que apoiam a recuperação para as atividades diárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exercícios ativos de amplitude de movimento são recomendados, se tolerados, o usuário pode prosseguir com o fortalecimento muscular contra a resistência. Usuários com mialgia devem evitar exercícios de fortalecimento até a resolução do sintoma. ➤ Para usuários com restrição de mobilidade e fraqueza profunda ou atrofia em membros inferiores, considerar o uso diário de estimulação elétrica neuromuscular. <p>Exercício físico e preparação física</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Iniciar com orientação de exercícios de intensidade baixa a moderada¹⁹, aumentando gradualmente ao longo do tempo. Evitar exercícios de alta
--	--	--	---

¹⁹ Na falta de equipamentos para verificar a intensidade do exercício, poderá ser utilizado o Talk Test (TT) ou teste da conversa para verificar a intensidade do exercício. Como valores de referência para intensidade do exercício, temos: a) **a fase positiva** - intensidade na qual a fala ainda é confortável - consiste numa intensidade recomendável para exercício abaixo do Limiar Ventilatório - baixa intensidade; b) **o último estágio no qual o sujeito apresenta dúvida sobre a fala confortável** seria correspondente ao Limiar Ventilatório - considerar exercício de intensidade moderada; c) **o primeiro estágio negativo**, ou seja, no qual o avaliado não conseguia mais falar confortavelmente estaria acima de uma zona de segurança recomendável para exercício aeróbio ou acima do Limiar Ventilatório - considerar alta intensidade.
 Fonte: De Lucca, Leonardo et al. Talk test como método para controle da intensidade de exercício. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano [online]. 2012, v. 14, n. 1, pp. 114-124.

<p>Fraqueza muscular e condicionamento físico</p>			<p>intensidade para usuários que não respondem bem ao exercício ou que apresentem mal-estar pós-esforço.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar que sejam monitorados os sinais clínicos de dessaturação, usando um oxímetro de pulso quando disponível. ➤ Orientar sobre risco de quedas no domicílio e quanto a suportes que podem ser utilizados, como barras de apoio próximos a locais de transferência de posição.
<p>Déficit pulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar o usuário e sua família ou cuidadores a compreender a deficiência e como gerenciá-la em seu cotidiano; ➤ Melhorar a função pulmonar; ➤ Compensar os déficits no funcionamento pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico do usuário; ➤ Dificuldades respiratórias relatadas (incluindo falta de ar, tosse, tolerância ao exercício); ➤ Ambiente doméstico e comunitário, incluindo a capacidade de se exercitar com segurança em ambientes fechados ou ao ar livre; ➤ Fatores pessoais e culturais relevantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar melhoria da ventilação (ciclo ativo de técnicas respiratórias, exercícios para aumento do controle da respiração, apoio à respiração profunda, aconselhamento e suporte de posicionamento); ➤ Desobstrução das vias aéreas, quando indicado; ➤ Educação para dispneia (além dos exercícios e técnicas respiratórias, a educação também deve incluir os sinais de quando procurar os serviços de urgência e emergência); ➤ Orientar retorno às atividades cotidianas em um ritmo apropriado que seja seguro e gerenciável para os níveis de energia. Alguns usuários podem precisar de oxigênio suplementar contínuo enquanto

Déficit pulmonar			<p>tentam retornar às atividades cotidianas. A fadiga é comum durante a recuperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar exercício e preparação física com abordagem conservadora em vez de um retorno acelerado à atividade física. ➤ Realização de práticas corporais da Tradição Chinesa como tai Chi Chuan, Lian Gong; Baduanjin e Yoga²⁰.
Dificuldade de deglutição²¹ ou prejuízos na comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar o usuário e sua família a compreender a deficiência e como manejá-la no cotidiano; ➤ Melhorar a deglutição por meio de fortalecimento e condicionamento; ➤ Promover o posicionamento e controle postural e da cabeça; ➤ Orientar hidratação e nutrição adequadas; ➤ Orientar uma deglutição segura 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico do usuário (necessidade de intubação ou traqueostomia devem ser considerados); ➤ Ensaios de alimentos (ofertando alimentos de consistência e viscosidade variadas são testados com o paciente para determinar se há algum sintoma de deficiência de deglutição); ➤ Imagens dinâmicas quando indicado (endoscopia ou fluoroscopia). ➤ Capacidade de comunicação: linguagem, fala, qualidade vocal e motricidade oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientações sobre métodos de aprimorar a função de deglutição (orientação de exercícios que fortalecem a musculatura, sensibilidade, propriocepção, postura corporal no momento da alimentação); ➤ Evitar alimentos e/ou preparações secas e que se esfurelam; ➤ Orientar higiene bucal com bochechos, ou com gaze para a remoção dos resíduos, após a alimentação; ➤ Uma estratégia inicial é a redução da porção de alimento ofertado e aumentar o número de refeições; ➤ Monitorar sinais e sintomas de disfagia: tosse, pigarro, mudança de cor nos lábios ou face, desconforto, dor, engasgo, falta de ar, vômito;

²⁰<https://mtci.bvsalud.org/pt/efetividade-clinica-das-praticas-mente-e-corpo-da-medicina-tradicional-chinesa/>
<https://mtci.bvsalud.org/pt/efetividade-clinica-da-pratica-do-yoga/>

²¹É fundamental a avaliação clínica do tipo de disfagia e a realização de exames de imagem complementares para definição da dieta mais adequada. Para via oral, considerar consistências dos alimentos e reabilitação da coordenação pneumofonoarticulatória.

<p>Dificuldade de deglutição²² ou prejuízos na comunicação</p>	<p>(reduzir o risco de aspiração) por meio de estratégias educacionais e compensatórias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover a comunicação do usuário, através de exercício de fala, voz e motricidade. ➤ Avaliar a necessidade de comunicação alternativa 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar o manejo de sonda nasogástrica ou nasoenteral; ➤ Orientar hidratação e nutrição adequadas (lembrar que o uso de dispositivos como sondas enterais não eliminam o risco de aspiração, podendo oferecer risco se mal posicionadas ou manipuladas sem orientação adequada).
<p>Dificuldades para retomada das atividades de vida diária (AVD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumentar a segurança e autonomia para a mobilidade funcional, cuidados pessoais (vestir-se, tomar banho, comer, etc.), atividades domésticas, de trabalho e de lazer, com promoção da qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico do usuário (considerar as condições de funcionalidade prévias); ➤ Avaliar, na medida do possível, a realização de atividades no ambiente doméstico; ➤ Estabelecer a extensão da capacidade do paciente de realizar diferentes AVD; ➤ Estabelecer requisitos de suporte e produtos assistivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientação de estratégias de conservação de energia (ajuste de expectativas para a realização de atividades; realização de tarefas na posição sentada quando for possível; intercalar tarefas leves e pesadas; aceitar ajuda de outras pessoas para tarefas mais difíceis); ➤ Orientar modificação ambiental (fornecimento de produtos assistivos e adaptações no ambiente doméstico) pode compensar a perda de função, aumentar a autonomia, conservar energia e melhorar a segurança.

²²É fundamental a avaliação clínica do tipo de disfagia e a realização de exames de imagem complementares para definição da dieta mais adequada. Para via oral, considerar consistências dos alimentos e reabilitação da coordenação pneumofonoarticulatória.

ANEXO B - LEITURAS SUGERIDAS

Artigos

DIAS, C. S. et al. Atuação dos fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) junto a usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19*: contribuições da Fisioterapia Respiratória. **ASSOBRAFIR Ciência**. 2020;11(Supl 1):31-46. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/41145/27876>>.

DIMER, N. A., GOULART, B. N. G. Roteiro Pré, Durante e Pós Teleconsulta Fonoaudiológica – O Que Aprendemos Com a Pandemia Da COVID-19. **OSF Preprints**, 8 Mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31219/osf.io/8ndy3>

MEHTA, P. et al. Telehealth and Nutrition Support During the COVID-19 Pandemic. **J Acad Nutr Diet**. 2020; 120(12):1953-1957. Disponível em: <https://jandonline.org/action/showPdf?pii=S2212-2672%2820%2930903-5>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Policy brief 39** – In the wake of the pandemic: preparing for long COVID. Genebra, WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>.

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

[Fisioterapia na APS](#)

[Recursos terapêuticos para pacientes com sintomas leves da Covid-19](#)

Canal Telefoniaudiologia

[Ferramentas para a Telefoniaudiologia: Possibilidades, Potencialidades e Desafios](#)

Fundação Oswaldo Cruz

[Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde](#)

Ministério da Saúde

[Nota Informativa 28/2020: Orientações à rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência relativas ao coronavírus \(COVID-19\)](#)

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)

[Considerações sobre a reabilitação durante o surto de COVID-19](#)

Secretaria Estadual da Saúde do RS

[Compilado de materiais sobre saúde mental e atenção psicossocial em contexto de pandemia.](#)

Telessaúde-RS

[Saúde Mental e COVID 19](#)

ANEXO C - SUGESTÕES DE CURSOS

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

[Atuação Fisioterapêutica no Tratamento da Dor](#)

O curso on-line gratuito apresenta a equipe lidando com o tratamento da dor, ensina a identificar se o paciente está com dor devido ao estado confusional, além de identificar os sintomas e avaliar de forma correta.

[Fisioterapia Respiratória: Desafios nos Pacientes com COVID-19](#)

O curso on-line e gratuito Fisioterapia Respiratória: Desafios nos Pacientes com COVID-19 aborda o papel do Fisioterapeuta frente à demanda da COVID-19, a evolução dos pacientes e a necessidade de cuidados intensivos na ventilação mecânica invasiva e não invasiva, e sobre as tecnologias na avaliação fisioterapêutica pulmonar e muscular.

[Lesões por Pressão](#)

O curso on-line e gratuito Lesões por Pressão tem como objetivo apresentar noções básicas desse tipo de úlcera, suas definições, características, fatores de risco, a importância das medidas preventivas e recomendações para pacientes com mais de cinco anos.

[Reabilitação do Paciente Grave por Coronavírus](#)

O curso on-line e gratuito Reabilitação do Paciente grave por Coronavírus aborda os aspectos funcionais e de mobilidade do paciente com COVID-19, a mobilização precoce, a reabilitação pós-alta, as consequências emocionais do diagnóstico, as perdas e lutos, as dificuldades da terapia nutricional do paciente em posição prona e a importância do desmame adequado do paciente em nutrição enteral.

Organização Mundial da Saúde

[Clinical management of patients with COVID-19 - Rehabilitation of patients with COVID-19](#)

O curso, integrante da série de cursos Manejo Clínico de Pacientes com COVID-19, é dedicado à reabilitação de pacientes com COVID-19. Os sete módulos do curso abordam as múltiplas e variadas necessidades de reabilitação de pacientes em recuperação de COVID-19, incluindo pacientes com deficiência cognitiva, descondicionamento físico e fraqueza, deficiência respiratória, deficiência de deglutição, deficiência de comunicação e desafios na conclusão de Atividades de Vida Diária (AVDs). Técnicas de reabilitação também são abordadas. Disponível em inglês.