



RECOMENDAÇÕES DA SBMFC PARA A APS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19





APRESENTAÇÃO

A SBMFC vem por meio deste documento, que estará em constante atualização, responder questões e emitir recomendações para que a APS brasileira possa, de forma rápida, receber a melhor síntese científica possível sobre o momento atual de Pandemia de COVID-19.

Nosso objetivo como Grupo Técnico é realizar revisões e construir recomendações que sejam úteis e fáceis de serem usadas por todos os profissionais de medicina que estão atendendo atualmente na APS brasileira.

Trabalhamos para que as recomendações sejam de aplicação imediata e prática, mesmo incorrendo no risco real de que sejam ultrapassadas e necessitam ser mudadas assim que a ciência progrida e o conhecimento seja produzido no Brasil e internacionalmente.

As recomendações serão apresentadas em formato de perguntas e respostas. Após cada pergunta uma síntese executiva, com objetivo de orientar a prática imediata, será posta e depois a justificativa para essa síntese será colocada para que aqueles que desejam se aprofundar, ou entender como se chegou nisso, se sintam também contemplados.

Essas recomendações estão sendo pesquisadas e construídas por todos os Grupos de Trabalho da SBMFC de uma forma o mais transparente possível, mas são de responsabilidade dos autores indicados, da Coordenação deste Grupo Técnico e da Diretoria da SBMFC, no formato final que apresentamos aqui.





Dessa forma, só nos resta agradecer a todos os envolvidos por esse esforço monumental e inédito em prol de um objetivo comum.

Nas últimas semanas manteve-se a publicação frenética de novos artigos relacionados a COVID-19, mas muito pouco se avançou na terapêutica efetiva de prevenção ou tratamento para a pandemia. As publicações recentes mostram que não há um caminho fácil para o fim das nossas mazelas como sociedade global humana. Estamos todos muito ansiosos para dar uma resposta às comunidades sob nossos cuidados, mas também estamos certos de que é o papel científico da SBMFC mostrar o nível de evidência que temos atualmente sobre diversas questões. Não é papel do Médico de Família e Comunidade (MFC) dizer para as pessoas que “nada pode ser feito no momento”. A SBMFC entende que devemos sim usar as ferramentas e habilidades que nos definem e diferenciam para (em conjunto com as pessoas e com a comunidade) mostrar que ao invés de esperar a tão sonhada vacina ou a tão sonhada pílula mágica, possamos ajudar, trazer conforto, repensar nossas práticas e nossas dificuldades e nossas deturpações como seres humanos (e brasileiros). Nós estamos numa posição privilegiada (como MFC’s) para enquanto não tenhamos solução farmacológica para a pandemia, continuar cuidando com todo nosso esforço e dedicação dessas pessoas que depositam seus futuros em nossas mãos. E isso é o que precisamos, podemos e devemos fazer.

O Brasil se tornou um dos países onde mais se diagnostica e mais se morre por COVID-19 e isso está gerando uma ansiedade enorme nos governantes, nos profissionais da saúde e na população em geral para novidades em relação ao tratamento e à prevenção dessa doença.





Mesmo com muitos protocolos sendo lançados pelo Brasil, tanto nas esferas federal, estadual como municipal; mantemos nossa posição de publicar essas recomendações (para serem usadas tanto por MFC como por outros integrantes do atendimento em Atenção Primária em Saúde brasileiros) com o que há de melhor hoje das evidências científicas mundiais.

Nesta terceira edição fizemos buscas atualizadas em todas as recomendações já postadas na primeira e segunda edições e apresentamos recomendações inéditas, dessa forma as recomendações atuais da SBMFC são:

1. Em pessoas com COVID-19 justifica-se o uso de hidroxiclороquina, cloroquina e/ou azitromicina?
2. O tabagismo ativo é um fator de risco associado à gravidade da COVID 19?
3. O fortalecimento do atributo orientação comunitária pelos serviços de APS, ao invés do foco apenas no Disque Denúncia, pode contribuir na atuação em casos de violência doméstica sofrida por mulheres?
4. A estruturação do serviço de APS com a preocupação em manter assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e oferta de contracepção, ao invés do foco apenas na COVID-19, pode compensar um possível risco de aumento na disseminação da COVID-19?
5. No contexto atual, como manter a saúde mental e evitar quadros de estafa e desgaste psíquico dos trabalhadores da saúde?





6. O uso de uma estratificação de risco para encaminhamento precoce de pacientes de áreas rurais e remotas com risco aumentado para COVID-19 reduz a mortalidade, ou melhora o acesso a equipamentos de maior complexidade, das pessoas vivendo nessas áreas?

7. Há evidência de que Ivermectina ou Nitazoxanida (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

8. O telemonitoramento de pessoas com insuficiência cardíaca melhora desfechos clínicos?

9. Há evidência de que Vitamina D (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

10. Há evidência de que Zinco (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

11. A exposição à poluição do ar nas pessoas infectadas pela COVID-19 tem piora no desfecho em relação a mortalidade e/ou gravidade de infecção em relação a locais com menor poluição do ar?

12. Considerando os atributos de orientação comunitária e competência cultural, como a APS deve realizar orientações sobre a COVID-19 considerando o território de atuação?

13. Em pessoas com condições crônicas, os Cuidados Domiciliares se comparados aos Cuidados Ambulatoriais promovem melhores desfechos (menor mortalidade, menor





morbidade, sequelas, ou internações) durante o Isolamento Social devido à Pandemia de COVID-19?

14. Qual o ponto do corte da saturação de oxigênio para solicitar a transferência de um paciente indígena de aldeia (em áreas remotas) para a cidade ou hospital e o que pode ser feito até essa transferência?

15. Quais são e como realizar o manejo dos principais sintomas de pessoas em cuidados paliativos em tempos de pandemia?

Esperamos que o atendimento da APS no Brasil possa se beneficiar com esse trabalho e que com isso possamos beneficiar a nossa população nesse momento tão delicado.

Coordenação do Grupo Técnico de COVID-19 da SBMFC

12 de julho de 2020



RECOMENDAÇÕES

1. Em pessoas com COVID-19 justifica-se o uso de hidroxiclороquina, cloroquina e/ou azitromicina?

Autoria: Daniel Knupp Augusto

Revisão: Fernando Amorim, Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: Não há evidências suficientes para se indicar a utilização de hidroxiclороquina, cloroquina ou azitromicina, isoladamente ou em associações, no tratamento de pessoas com COVID-19. Podendo seu uso, inclusive, estar associado a mais efeitos adversos.

Artigo revisado em 22 de maio de 2020.

No afã de se encontrar uma medicação efetiva no tratamento de COVID-19, tem-se produzido evidências de valor duvidoso, dotadas de inadequada robustez científica para justificar a sua utilização clínica. Entretanto, a necessidade de uma resposta melhor fundamentada a respeito do uso de hidroxiclороquina, cloroquina ou azitromicina no tratamento de COVID-19 é premente. Dessa forma, optou-se por basear essa recomendação em revisões sistemáticas rápidas já produzidas acerca do assunto pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências da Universidade de Oxford (1, 2, 3, 4). A análise de tais estudos, que incluíram mais de uma centena de estudos primários, permite concluir que as evidências disponíveis no momento não são suficientes para recomendar o uso de hidroxiclороquina, cloroquina, azitromicina ou suas associações no tratamento de COVID-19.

Também foram avaliados um ensaio clínico randomizado (5) e um estudo observacional comparativo (6) publicados mais recentemente e não incluídos nas revisões do Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford. O primeiro comparou o uso de hidroxicloroquina ao tratamento usual em indivíduos com quadros leve a moderados de COVID-19. Já o segundo comparou o uso de hidroxicloroquina ao tratamento usual em indivíduos com síndrome respiratória aguda grave por SARS-CoV-2 necessitando de oxigenioterapia (mas não de internação em unidade de terapia intensiva). Em ambos os estudos o uso de hidroxicloroquina não foi superior ao tratamento usual e foi associado a mais efeitos adversos.

Houve ainda a RETRATAÇÃO (ou seja a “despublicação”) de um estudo com mais de 90.000 pessoas na revista Lancet, por problemas identificados e não completamente elucidados com a base de dados utilizada pelo estudo (7). Com isso a Organização Mundial de Saúde retomou seu estudo clínico com a Hidroxicloroquina em COVID-19 (8).

Nos cabe ainda destacar o que dita o código de ética médica (9), no que se refere aos princípios fundamentais do exercício da medicina:

“VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.”

Referências:

- 1 - DeVito NJ, Liu M, Aronson JK. COVID-19 Clinical Trials Report Card: Chloroquine and Hydroxychloroquine. Oxford COVID-19 Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine. 11 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-clinical-trials-report-card-chloroquine-and-hydroxychloroquine/>
- 2 - Ferner RE, Aronson JK. Hydroxychloroquine for COVID-19: What do the clinical trials tell us? Oxford COVID-19 Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine. 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/hydroxychloroquine-for-covid-19-what-do-the-clinical-trials-tell-us/>
- 3 - Fontes LE, Riera R, Miranda E, Oke J, Heneghan CJ, Aronson JK et al. Hydroxychloroquine or Chloroquine for treating Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) – a PROTOCOL for a systematic review of IPD. Oxford COVID-19 Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine. 14 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/hydroxychloroquine-or-chloroquine-for-treating-covid-19-a-protocol-for-a-systematic-review-of-ipd/>
- 4 - Gbinigie K, Frie K. What is the evidence for using macrolide antibiotics to treat COVID-19? Oxford COVID-19 Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine. 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/what-is-the-evidence-for-use-of-macrolide-antobiotics-for-treatmetnof-covid-19/>
- 5 - Tang W, Cao Z, Han M, Wang Z, Chen J, Sun W et al. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. BMJ 2020;369:m1849. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1849>.

6 - Mahévas M, Tran VT, Roumier M, Chabrol A, Paule R, Guillaud C et al. Clinical efficacy of hydroxychloroquine in patients with covid-19 pneumonia who require oxygen: observational comparative study using routine care data. BMJ 2020;369:m1844. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1844>

7 - Marcus AA. Lancet, NEJM retract controversial COVID-19 studies based on Surgisphere data [Internet]. Retraction Watch. 2020 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://retractionwatch.com/2020/06/04/lancet-retracts-controversial-hydroxychloroquine-study/>

8 - Feuer BLJ William. World Health Organization resumes coronavirus trial on malaria drug hydroxychloroquine after examining safety concerns [Internet]. CNBC. 2020 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://www.cnbc.com/2020/06/03/world-health-organization-resumes-coronavirus-trial-on-malaria-drug-hydroxychloroquine-after-safety-concerns.html>

9 - Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.217/2018. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, 01 nov 2018, Seção I, p. 179. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>

2. O tabagismo ativo é um fator de risco associado à gravidade da COVID 19?

Autoria: Daniel Knupp Augusto e Rogerio Luz Coelho Neto
Revisão: Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

Síntese: Insista na cessação do tabagismo, ainda não esteja comprovado que o tabagismo é fator de risco em pacientes COVID-19, os benefícios da cessação do tabagismo se mantêm em doenças que são fatores de risco para pior prognóstico concomitante ao COVID-19.

Os dados obtidos a partir de estudos epidemiológicos realizados desde o início da pandemia de SARS-Cov-2 não permitiam afirmar com certeza que o tabagismo era um fator de risco isolado para COVID-19 (ou para SRAG) ou se essas associações eram decorrente de doenças pulmonares e cardiovasculares (que já são tradicionalmente relacionadas ao tabaco, o tornando uma variável de confusão) (1, 2, 3). Uma revisão sistemática que incluiu 5 estudos avaliando a associação entre o tabagismo e a gravidade da doença encontrou uma tendência não estatisticamente significativa de pior evolução entre os fumantes (4).

Há ainda achados em um estudo que aponta que o cigarro pode vir a ser um fator de proteção para a contaminação por SARS-Cov-2 (5), muito embora possíveis vieses importantes de seleção possam influenciar esse achado (segundo os próprios autores). Entretanto, considerando-se a ampla evidência dos malefícios do tabaco à saúde em geral, devem ser mantidas as recomendações contra o tabagismo e orientações quanto à cessação deste hábito.

Houve ainda a RETRATAÇÃO (ou seja a “despublicação”) de um estudo com mais de 90.000 pessoas na revista Lancet, por problemas identificados e não completamente elucidados com a base de dados utilizada pelo estudo (6).

Referências:

1- Garufi G, Carbognin L, Orlandi A, Tortora G, Bria E. Smoking Habit and Hospitalization for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-Related Pneumonia: the unsolved paradox behind the evidence. Eur J Intern Med. 2020 Apr 2. Disponível em: [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(20\)30163-1/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(20)30163-1/fulltext)

2 - Lippi G, Henry BM. Active smoking is not associated with severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Eur J Intern Med. 2020 Mar 16. Disponível em: <https://www.ejinme.com/article/S0953-6205%2820%2930110-2/fulltext>

3 - Cai H. Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19. Lancet Respir Med. 2020 Apr; 8(4): e20. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2820%2930117-X/fulltext>

4 - Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tob Induc Dis. 2020; 18: 20. Disponível em: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/COVID-19-and-smoking-A-systematic-review-of-the-evidence,119324,0,2.html>

5 - de Lusignan S, Dorward J, Correa A, Jones N, Akinyemi O, Amirthalingam G et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. Lancet Infect Dis. 2020 May 15 Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30371-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30371-6/fulltext)

6 - Marcus AA. Lancet, NEJM retract controversial COVID-19 studies based on Surgisphere data [Internet]. Retraction Watch. 2020 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://retractionwatch.com/2020/06/04/lancet-retracts-controversial-hydroxychloroquine-study/>

3. O fortalecimento do atributo orientação comunitária pelos serviços de APS, ao invés do foco apenas no Disque Denúncia, pode contribuir na atuação em casos de violência doméstica sofrida por mulheres?

Autoria: Carolina Lopes de Lima Reigada, Melanie Noël Maia, Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: Durante a pandemia de COVID-19, houve aumento dos relatos de violência doméstica. É importante que as equipes de APS: estejam atentas às famílias em risco; divulguem contínua e repetidamente informações sobre os canais já existentes para denúncia e ajuda oficiais (disque 180 e disque 100) e aqueles dentro das comunidades; além de outras possíveis ações organizadas localmente (como o teleatendimento ou telemonitoramento).

Crises, como a causada na saúde e economia pela pandemia COVID-19, aprofundam as desigualdades já existentes na tessitura social e expõem as populações mais frágeis a agravos (1,2,3). Mundialmente, e principalmente em regiões mais vulneráveis, houve aumento da violência doméstica contra meninas e mulheres, relacionadas à necessidade de distanciamento social e isolamento domiciliar, e aumento das tensões na família (1,2), acometendo as famílias de maneira heterogênea, conforme diferentes marcadores sociais 4. Esse dado torna-se mais preocupante com o possível desmonte ou enfraquecimento de estruturas de proteção à mulher, tanto comunitárias quanto governamentais (1). Perceber os grupos com maior vulnerabilidade (e mais expostos ao adoecimento e à violência) é papel fundamental para profissionais envolvidos no cuidado à saúde (4).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm atuação fundamental frente à promoção, prevenção e controle de agravos; a partir da orientação comunitária 5 e, sendo membros da comunidade, são estratégicos na identificação de situações de violência intrafamiliar, entretanto, muitas vezes se sentem inseguros e despreparados para tal abordagem, limitando sua capacidade de reconhecimento e atuação frente à situação. De fato, se percebe preparo insuficiente para a categoria e equipes de ESF no geral para a abordagem de situações de violência de gênero no serviço de saúde, além de limitações próprias dos serviços e da integração deste com outros equipamentos, levando à baixa resolutividade (6,7,8,9,10). O Ligue 180 é um serviço oferecido nacionalmente pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que recebe denúncias e orienta sobre direitos e possíveis encaminhamentos aos serviços envolvidos no enfrentamento à violência contra a mulher, atendendo 24 horas por dia, em todos os dias da semana (11,12). O Disque 100 é um serviço de denúncia de violações de direitos humanos, iniciou canal para atender diretamente denúncias sobre violações de direitos humanos referentes à COVID-19, estendendo o acesso a esse canal a brasileiros que residem no exterior, obteve elevado número de ligações/denúncias logo nos primeiros dias (13). Entretanto, os números de violência contra a mulher podem ainda ultrapassar os já elevados números de denúncias nos registros oficiais, por diversos fatores que impedem a vítima de realizar a denúncia, como medo, vergonha, dependência, ou mesmo o sentimento de impunidade (12), representando um dos grandes desafios ao enfrentamento da violência contra a mulher. Sendo assim, torna-se necessário, nesse período, aumentar a discussão sobre violência intrafamiliar dentro da atenção primária à saúde (APS), instrumentalizando os ACS na detecção desses casos no território. É necessário salientar que muitas vezes o relato da

violência necessita de ambiente acolhedor e estimulador para que a mulher sinta-se segura e que o profissional saiba identificar essa possível agenda oculta durante o contato com a mulher, com especial atenção durante essa época de pandemia (14,15). Além disso, a OMS recomenda: o fortalecimento de serviços de atendimento remoto a mulheres vítimas de violência (telefônicos e online); continuidade dos serviços judiciais no processamento dos agressores; evitar a libertação temporária de prisioneiros condenados por violência contra mulher e aumentar a propaganda sobre o assunto na comunidade (incluindo locais essenciais, como mercados e farmácias). Abrigos e serviços para mulheres em situação de violência devem ser considerados essenciais e permanecer abertos durante a pandemia (2). Deve-se lembrar que, no contexto da pandemia, as vias de atendimento usuais podem estar comprometidas, sendo importante refletir sobre formas alternativas de abordagem. No Reino Unido, há uma diretriz para abordagem segura de mulheres em situações de violência através de ligações telefônicas ou de vídeo (16). Considerando que as equipes de Saúde da Família podem já ter mapeadas as mulheres em seu território que vivem situações de violência doméstica, estimular a adoção deste tipo de prática por parte dos ACS para monitorar estas mulheres pode ser uma ação recomendada. Outro recurso existente em alguns países, e que poderia ser adotado no Brasil, é a oferta de atendimento remoto para abusadores, a fim de fornecer suporte no momento que sentem que estão perdendo o controle (17).

Referências:

- 1 - Tokarski, CP; Alves, I. Covid-19 e violência doméstica: pandemia duplas para as mulheres. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-asnoticias/2020/4/6/covid-19-e-violencia-domstica-pandemia-dupla-para-asmulheres>
- 2 - Nações Unidas Brasil. Chefe da ONU alerta para aumento da violência doméstica em meio à pandemia do coronavírus. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/chefe-da-onu-alerta-para-aumento-da-violenciadomestica-em-meio-a-pandemia-do-coronavirus/>
- 3 - UNFPA Brasil. COVID-19: Um olhar para gênero. Promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. Março, 2020. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/covid19_olhar_genero.pdf
- 4 - Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz). Violência doméstica e familiar na COVID-19. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3oPsicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-efamiliar-na-Covid-19.pdf>
- 5 - Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf
- 6 - Lima, NJSO; Pacheco LR. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde. Rev Enferm UFPE, Recife, 10 (5): 4279-85, nov 2016.
- 7 - Lira, CEPR; Silva, PPAC; Trindade, RFC. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. Rev. Eletr. Enf.14(4):928-36, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a22.htm>
- 8 - Jacinto, AMFL Violência doméstica contra a mulher: representações e práticas do agente comunitário de saúde. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15082018-154651/ptbr.php>
- 9 - Scaranto, CAA; Biazevic, MGH; Michel-Crosato, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. Psicol. cienc. prof., Brasília, 27 (4): 694-705, Dec. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400010 Garbin CAS, Melo LMLL, Moimaz SAS,

10 - Garbin AJL, Roviada TAS. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. J Health Sci Inst.32(4):385-9, 2014. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/04_o-ut-dez/V32_n4_2014_p385a389.pdf

11 - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ligue 180. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-paramulheres/ligue-180>

12 - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contra-mulheres>

13 - Cidadania e assistência social. Disque 100 vai receber denúncias relacionadas ao coronavírus. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistenciasocial/2020/03/disque-100-vai-receber-denuncias-relacionadas-ao-coronavirus1>

14- Schraiber, LB; d'Oliveira, AFPL; França Junior, I; Strake, SS; Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saude e Sociedade 9 (1/2): 3-15, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/02.pdf>

15- d'Oliveira, AFPL; Schraiber, LB; Hanada, H; Durand, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>

16 - IRISi. Guidance for General Practice Teams: Responding to domestic abuse during telephone and video consultations. 2020. Disponível em: https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/IRIS-COVID-19-Guidance-for-GPTeams_0.pdf

17 - Home Affairs Select Committee Evidence – Respect. Respect's response to the home affairs call for evidence COVID-19 preparedness. 2020. Disponível em: https://hubble-liveassets.s3.amazonaws.com/respect/attachment/file/82/Home_Affairs_Call_for_Evidence_Covid_19_Preparedness_April_2020_FINAL.pdf

4. A estruturação do serviço de APS com a preocupação em manter assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e oferta de contracepção, ao invés do foco apenas na COVID19, pode compensar um possível risco de aumento na disseminação da COVID-19?

Autoria: Carolina Lopes de Lima Reigada, Melanie Noël Maia, Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Artigo revisado em 23 de maio de 2020.

Síntese: Durante a pandemia COVID-19, serviços como atenção ao ciclo gravídico-puerperal, contracepção e atendimento a mulheres com queixas possivelmente graves, como em investigação oncológica e sangramentos uterinos anormais, devem ser considerados essenciais.

A recomendação do Ministério da Saúde para o acompanhamento pré natal de baixo risco na APS é de que as equipes realizem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada e humanizada às gestantes, assegurando pelo menos 6 consultas de pré-natal, 2 consultas puerperais e outras ações que sejam necessárias para a abordagem integral da saúde materna e perinatal. Deve contemplar as reais necessidades das mulheres gestantes, através do saber técnico-científico, de acordo com suas crenças e expectativas e com os recursos disponíveis para cada situação (1). Sabe-se que o menor número de consultas e a redução do acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal têm relação com aumento da mortalidade perinatal (2) e da mortalidade infantil (3, 4).

Durante a epidemia por Ebola na África Ocidental, entre 2013 e 2016, segundo dados do sistema de informação de Serra Leoa, a diminuição de cuidado a gestantes, parturientes e puérperas, tanto por medo da população em ir ao serviço quanto por diminuição do acesso, contribuiu com um acréscimo de 3600 mortes maternas, neonatais e partos prematuros. Essa quantidade é similar ao número de mortes causadas pela própria epidemia (5). O acesso à contracepção aumentou a autonomia da mulher ao prevenir a maternidade compulsória e permitir às mulheres um planejamento reprodutivo de acordo com seus desejos e necessidades. Apesar da disponibilidade gratuita de diversos métodos contraceptivos, o acesso aos mesmos ainda é desigual, com prejuízo entre as mais pobres e com menor tempo de escolaridade (6). A infecção pelo SARS-Cov-2 não altera a segurança dos métodos contraceptivos atuais, além disso, não temos certeza do efeito da infecção no desenvolvimento do feto, apesar de alguns relatos de aumento de trabalho de parto prematuro, crescimento intrauterino retardado, sofrimento fetal e possível transmissão vertical (7, 8). Dessa forma, o atendimento a contracepção é um serviço essencial ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 (8). Novamente, durante a epidemia por Ebola, houve grande declínio no uso de contraceptivos e consultas de planejamento reprodutivo em Serra Leoa, Libéria e Guiné, com grande impacto no número de gestações indesejadas (5). O distanciamento social, ampliado ou seletivo, é a medida adotada pela maioria dos países na tentativa de diminuir a velocidade de contágio e disseminação do SARS-Cov-2, dando tempo para que o sistema de saúde consiga se organizar e se aparatar com tecnologia suficiente para atender a um aumento de demanda relacionada à pandemia (evitando sobrecarga e as consequências catastróficas disso).

Cada estado vem adotando medidas de acordo com sua realidade, mas em geral os serviços essenciais, como unidades de saúde, permanecem abertos - apesar de diminuição importante de sua frequência (9,10,11). Momentos de epidemias agravam as já existentes desigualdades vivenciadas por meninas e mulheres e outros coletivos em situações de vulnerabilidade. Sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o principal ponto de acesso da população ao sistema de saúde, e entendendo que momentos de epidemia aprofundam desigualdades já existentes, a não-priorização de serviços de saúde sexual e reprodutiva podem levar ao aumento da mortalidade materna e neonatal, aumento de abortos inseguros e gestações indesejadas. A pandemia pode desabastecer e diminuir o transporte de medicamentos e insumos para contracepção, sendo necessária atenção pelos gestores. Acesso adequado aos serviços de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, planejamento reprodutivo e queixas que tragam ameaça à saúde da mulher (como investigação oncológica ou sangramento uterino anormal) deve ser considerado essencial e mantido, dando-se devida atenção ao uso de máscaras, limpeza e desinfecção de superfícies e utensílios e atendimento em local distante das pessoas com sintomas respiratórios (8, 12, 13). Também no sentido de diminuir a frequência dos serviços de saúde sem diminuir o acesso ao planejamento reprodutivo, está a recomendação de liberação de maior quantidade de cartelas de contraceptivo oral às mulheres que já utilizam esse método, e talvez avaliar a liberação antecipada de contracepção de emergência para mulheres que utilizam preservativos ou métodos naturais de contracepção, como sugerido pela recomendação do NHS (14). Apesar de uma revisão Cochrane não ter mostrado menos gestações indesejadas com a oferta antecipada, mostrou que a contracepção de emergência foi mais utilizada e de forma mais rápida, sem aumento de DST ou diminuição do uso de preservativos (15).

No contexto da pandemia, pode ser uma ação interessante. Como para outras ações de saúde, o contato com os cidadãos por telefone e meios de comunicação de massa devem ser estimulados. Um exemplo é gravar vídeos curtos e imagens instrutivas a serem transmitidas para a população de referência.

Referências:

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

2 - Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD000934. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub3/epdf/full>

3 - Rocha, AF. Mortalidade neonatal: assistência pré-natal em municípios do nordeste do Brasil. Dissertação de mestrado. Julho, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24321/1/412.pdf>

4 - Figueiredo, PP; Lunardi Filho, WD; Lunardi VL; Pimpão, FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(1): jan.-fev. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_26.pdf

5 - Rilay, T; Sully, E; Ahmed, Z; Biddlecom, A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 46:2020. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/4607320.pdf

6 - Cabral, CS. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. Saude soc. [online] 26 (4): 1093-1104, 2017. ISSN 0104-1290. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf>

7 - Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Nota técnica 9: Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia COVID-19. Abril, 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica92020COSMUCG CI VIDAPESSAPSMS.pdf>



8 - Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Nota técnica 13: Recomendações acerca da atenção puerperal, alta segura e contracepção durante pandemia da COVID-19. Maio, 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_n13_2020_COSMU_CG_CIVI_DAPES_SAPS_MS\).pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_n13_2020_COSMU_CG_CIVI_DAPES_SAPS_MS).pdf)

9 - Ministério da Saúde. Saúde define critérios de distanciamento social com base em diferentes cenários. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46666-ministerio-da-saude-define-criterios-de-distanciamento-social>

10 - Telessaúde RS. Qual a diferença entre distanciamento social, isolamento e quarentena? Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/posts_coronavirus/quala-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/

11 - Zhang, J; Litvinova, M; Liang, Y; Wang, Y; Wang, W; Zhao, S; Wu, Q; Merler, S; Viboud, C; Vespignani, A; Ajelli, M; Yu, H. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. Science: 29, Apr 2020. Disponível em: https://science.sciencemag.org/content/early/2020/05/04/science.abb8001?utm_campaign=fr_sci_2020-04-30&et rid=648250511&et_cid=3308938

12 - UNFPA Brasil. COVID-19: Um olhar para gênero. Promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. Março, 2020. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/covid19_olhar_genero.pdf

13 - Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica 10: Recomendações para as consultas ambulatoriais de saúde da mulher durante a pandemia da COVID-19. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica102020COSM_UCGC_IVIDAPESSAPSMS.pdf

14 - National Health Service-NHS. Emergency contraception. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/emergency-contraception/>

15 - Polis CB., Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Easier access to emergency contraception to help women prevent unwanted pregnancy. Cochrane. Abr, 2007. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD005497/FERTILREG_easieraccess-to-emergency-contraception-to-help-women-prevent-unwanted-pregnancy

5. No contexto atual, como manter a saúde mental e evitar quadros de estafa e desgaste psíquico dos trabalhadores da saúde?

Autoria: Euclides Colaço Melo dos Passos

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: O apoio psicológico institucional de retaguarda, o diálogo entre gestores e profissionais e a criação de sentimentos de cooperação entre os próprios profissionais; são importantes ações de psicoprofilaxia em tempos de pandemia de COVID-19.

Concomitante aos estudos referentes a COVID-19 em si, sua mortalidade e cuidados com a sua disseminação; crescem estudos atuais sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde. A literatura mostra que profissionais de saúde apresentam altos níveis de estresse, ansiedade, depressão, esgotamento, dependência química, dentre outros. No cenário atual, muitos destes profissionais entram em dilemas éticos sobre seu estado de saúde e os riscos que seu trabalho pode trazer às suas próprias famílias ou amigos (1).

Como o foco das Políticas Públicas se encontra nos cuidados à população, regulamentação de leitos e no monitoramento dos casos suspeitos, menos atenção tem sido dada à questão do esgotamento dos profissionais de saúde em geral (2). A situação sem precedentes que nos encontramos contribui para sensação de medo, ansiedade e impotência. O estresse e outros sintomas muitas vezes estão relacionados a fatores como: falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI); aumento da carga de trabalho e em algumas situações em situações inadequadas; prestação de cuidados;

numa situação nova e crítica; mudanças falta de acesso a informações atualizadas e protocolos, além de mudanças rápidas e frequentes nos fluxos existentes; ausência de medicamentos específicos para tratamento da COVID-19; falta de aparelhos para ventilação mecânica e leitos de terapia intensiva; mudança na vida social e da dinâmica familiar diária (2,3).

Além disso, soma-se o parco apoio institucional, preocupações com a saúde de seu grupo populacional (medo de levar infecção a membros da família ou a outras pessoas próximas), luto pela perda de colegas de trabalho e pessoas conhecidas e ainda o estigma social (3).

Intervenções que têm efeito de minorar o sofrimento psíquico destes devem ser empregadas precocemente conforme o tipo e a dinâmica de cada serviço (UPA's, Unidades de Atenção Básica, Urgências, Centros de Terapia Intensiva, etc.). Estudos apontam que o apoio psicológico institucional de retaguarda e a abertura para que gestores e profissionais da ponta possam discutir as fragilidades e fortalezas do processo de trabalho, também foram reportadas como efetivas (4).

Gestores e os Profissionais de Saúde não devem cometer o erro de minimizar sintomas de depressão e ansiedade. Rastrear e cuidar precocemente, da melhor forma possível, antes que complicações ocorram (4, 5).

Algumas estratégias de autocuidado incluem (5, 6, 7, 8):

- Busque fontes de estudo e informação confiáveis e seguras. No afã do momento, muitos profissionais acabam por se basear em informações sensacionalistas, imprecisas ou falsas. Sociedades Médicas Científicas Nacionais, além de Órgãos como a OPAS e a OMS são fontes confiáveis de consulta;

- Reserve tempo (mesmo que curto) para descanso e “desligar” das notícias sobre a pandemia;
- Confie em estratégias que costumam funcionar para você relaxar: hobbies, meditação, cozinhar, leituras e filmes;
- Busque conversar com seus colegas de trabalho, ou outras pessoas confiáveis que possam te dar suporte social (colegas podem estar tendo experiências semelhantes a você - compartilhe em um ambiente de segurança e respeito);
- Peça ajuda o quanto antes se você sentir-se sobrecarregado ou preocupado em demasia com o fato da COVID-19 estar afetando sua capacidade de cuidar de sua família e pacientes.

Referências:

1 - Menon, V., & Padhy, S. K. (2020). Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102116. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102116>.

2 - Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*. 2020 Apr; 12(4): e7538. Published online 2020 Apr 4. doi: 10.7759/cureus.7538

3 - El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Biennu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Auquier, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*, S0013-7006(20)30076-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

4 - Gold Jessica A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers BMJ 2020; 369: m1815

5 - Sociedade Brasileira de Psicologia. Como manter a saúde mental em época de COVID-19. Disponível em: . Acesso em 10/05/2020.

6 - Pan American Health Organization / World Health Organization. OPAS/OMS Brasil - OPAS/OMS Brasil | OPAS/OMS. 2 de abril de 2020, <https://www.paho.org/bra/index.php?>

7 - Conselho Nacional de Saúde. Parecer Técnico Nº 128/2020. Proteção Física e Psicológica dos Trabalhadores da Saúde no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. Brasília. disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf>

8 - Júnior, J. H. de S., Raasch, M., Soares, J. C., & Ribeiro, L. V. H. A. de S. (2020). Da Desinformação ao Caos: Uma análise das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. Cadernos de Prospecção, 13(2 COVID-19), 331. <https://doi.org/10.9771/cp.v13i2 COVID-19.35978>

6. O uso de uma estratificação de risco para encaminhamento precoce de pacientes de áreas rurais e remotas com risco aumentado para COVID-19 reduz a mortalidade, ou melhora o acesso a equipamentos de maior complexidade, das pessoas vivendo nessas áreas?

Autoria: Mayara Floss

Revisão: Airtton Stein e Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: a estratificação de risco para encaminhamento precoce pode ser uma resposta para reduzir a morbimortalidade de pacientes infectados com COVID-19 e melhorar o acesso a equipamentos de maior complexidade em áreas rurais e remotas.

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolva doença leve (40%) ou moderada (40%), aproximadamente 15% desenvolvem doença grave que requer suporte de oxigênio e 5% têm doença crítica com complicações como insuficiência respiratória entre outras (1, 2). No Brasil, 90,4% dos municípios não disponibilizavam de leitos de UTI para adultos (3). Durante uma pandemia grave, especialmente uma que causa doenças respiratórias, muitas pessoas podem precisar de suporte respiratório e tratamento intensivo (2), e é praticamente impossível acesso a leitos de UTI em áreas rurais ou remotas. Nesse sentido, é pertinente a reflexão sobre a estratificação de risco e o encaminhamento precoce de pacientes para locais de maior complexidade ou referência da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Também parece importante esse encaminhamento precoce em populações indígenas que possuem maior vulnerabilidade ou maior risco imunológico, onde parecem que apresentam maior letalidade pela COVID-19 (4).

O estado de infecção ativa presumida ou de imunização - com a testagem rápida (2) - é essencial para a avaliação das estratégias nessas localidades; garantindo assim, maior segurança para as comunidades rurais e remotas (5).

Para esta revisão sistemática rápida foram utilizadas as palavras chave “rural” e/ou “remote” e “access” e/ou “risk assessment” todas associadas com a palavra “COVID-19” nos bancos de dados: Center for Evidence-Based Medicine of Oxford - COVID-19 (CEBM) (6); National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce da Austrália (NCETF) (7); Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre do Reino Unido (EPPI) (8) e Pubmed entre 14 a 28/05/2020. Foram encontrados 6 artigos no Pubmed, todos os itens encontrados eram cartas ou comentários e reflexões, neste sentido não existe evidência forte publicada sobre o estratificação de risco e encaminhamento precoce relacionado com saúde rural, destes 6 artigos dois eram um comentário sobre a realização de estudos e trials com medicações em áreas rurais e/ou remotas e não foram incluídos (9, 10), por serem recortes em relação a falta de pesquisa em áreas rurais e/ou remotas. Os demais foram incluídos (11, 12, 13, 14).

Idade avançada, tabagismo e doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença pulmonar crônica e câncer, foram relatados como fatores de risco para doenças graves e morte pela COVID-19 (1, 2). As disparidades na saúde podem ser exacerbadas em relação a COVID-19 áreas rurais e/ou remotas tanto pelo acesso à saúde quanto pelo acesso à informação (13, 15). A Atenção Primária à Saúde (APS) nessas localidades pode ser o único ponto de acesso do sistema de saúde (13, 14). O acesso à testagem e isolamento e um sistema para rastreamento de contatos são fundamentais para conter a pandemia em áreas rurais ou remotas (2, 13). Outro fator de risco relatado é o impacto mais

agressivo da COVID-19 na população rural e negra, trazendo as questões também de desigualdades de acesso a saúde e do cuidado dessas populações (14). Um exemplo brasileiro de colapso do sistema de saúde em um município do interior é em São Gabriel da Cachoeira / AM (16), onde não é possível realizar a transferência dos pacientes pela falta de leitos na capital (Manaus) e pelo agravamento dos casos e perda do “timing” de encaminhamento (17). Casos, número de óbitos e coeficiente de mortalidade já aparecem com perfil pior nas áreas rurais brasileiras (16). Por ser uma questão também de equidade de acesso, o imperativo ético também evidencia a necessidade de ações específicas para áreas rurais e remotas (18), incluindo testagem, vigilância e estratégia de estratificação de risco para ajudar na tomada de decisão (2). A organização da RAS e dos sistemas regionais e estaduais deve considerar que pessoas com muitas comorbidades na estratificação de risco e avaliação de risco potencial para doença severa (2), estejam mais próximas dos centros com mais suporte (5), bem como, pacientes com este perfil em localidades rurais e remotas devem ser ativamente vigiados e, quando em suspeita de COVID-19, encaminhados precocemente (18); conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que afirma que nos casos de pacientes com alto risco de deterioração, é preferível o isolamento hospitalar (2).

Também podemos adicionar a consideração de que realizar a intubação endotraqueal sem sistema fechado (ventiladores mecânicos) em áreas rurais e remotas pode não ser a melhor alternativa tanto pelo risco de infecção da equipe pela aerolização (2), quanto pelo risco da demora da transferência causar iatrogenia nesses pacientes (17); dessa forma, a melhor chance para estes pacientes é mesmo o encaminhamento precoce de acordo com estratificação de risco (2).

Decisões devem levar em conta a avaliação da estrutura disponível, proteção da equipe, regulação e capacidade de remoção (2), além dos preceitos éticos e legais sobre ortotanásia (19). A articulação da RAS e organização do cuidado são essenciais para não agravar determinantes sociais que já afetam mais as populações rurais e remotas do nosso país (15).

Referências

- 1 Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) – China. China CDC Weekly. 2020;2(8):113-22
- 2 - .Clinical management of COVID-19. 1 WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>
- 3 - Portela M, Pereira C, Lima S, Andrade C, Soares F, Martins M. Nota técnica: Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2020. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_1_portela_et_al_limites_e_possibilidades_dos_municipios_brasileiros_na_covid-19_1.pdf
- 4 Boletim Epidemiológico da SESAI [Internet]. Saudeindigena.saude.gov.br. 2020 [cited 29 May 2020]. Available from: <https://saudeindigena.saude.gov.br/>
- 5 - Inungu J, Ameh G, Njoku A, Younis M. Rural America and Coronavirus Epidemic: Challenges and Solutions. European Journal of Environment and Public Health. 2020;4(2):em0040.
- 6 - Oxford COVID-19 Evidence Service - CEBM [Internet]. CEBM. 2020 [cited 29 May 2020]. Available from: <https://www.cebm.net/oxford-covid-19-evidence-service/>
- 7 - National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce [Internet]. National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce. 2020 [cited 29 May 2020]. Available from: <https://covid19evidence.net.au/> EPPI-Mapper [Internet].
- 8-Eppi.ioe.ac.uk. 2020 [cited 28 May 2020]. Available from: http://eppi.ioe.ac.uk/COVID19_MAP/covid_map_v9.html

- 9 - Noonan D, Simmons L. Navigating Nonessential Research Trials During COVID19: The Push We Needed For Using Digital Technology To Increase Access For Rural Participants?. The Journal of Rural Health. 2020;.
- 10 - Dandachi D, Reece R, Wang E, Nelson T, Rojas-Moreno C, Shoemaker D. Treating COVID-19 in Rural America. The Journal of Rural Health. 2020;.
- 11- Myers U, Birks A, Grubaugh A, Axon R. Flattening the Curve by Getting Ahead of It: How the VA Healthcare System Is Leveraging Telehealth to Provide Continued Access to Care for Rural Veterans. The Journal of Rural Health. 2020;.
- 12 - Koonin L, Pillai S, Kahn E, Moulia D, Patel A. Strategies to Inform Allocation of Stockpiled Ventilators to Healthcare Facilities During a Pandemic. Health Security. 2020;18(2):69-74.
- 13 - Liu X, Zhang D, Sun T, Li X, Zhang H. Containing COVID-19 in rural and remote areas: experiences from China. Journal of Travel Medicine. 2020;27(3).
- 14 - Zahnd W. The COVID-19 Pandemic Illuminates Persistent and Emerging Disparities among Rural Black Populations. The Journal of Rural Health. 2020;.
- 15 - Savassi LCM, Almeida MMd, Floss M, Lima MC. Saúde no Caminho da Roça. 1 ed. Freitas CMD, Souza LEPFd, editors. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
- 16 - Painel Coronavírus [Internet]. Covid.saude.gov.br. 2020 [cited 29 May 2020]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/17>.
- 17 - Khoo S, Floss M. Edges of the pandemic – survival activism at the peripheries in Brazil [Internet]. Discover Society. 2020 [cited 28 May 2020]. Available from: <https://discoversociety.org/2020/05/28/edges-of-the-pandemic-survival-activism-at-the-peripheries-in-brazil/>
- 18 - Peters DJ. Rural Areas Face Higher and Distinct Risks of Serious COVID-19 Outcomes than Urban Areas. 2020. Available from: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.36466.66243>
- 19 - Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. Revista Bioética. 2009. 3;16(1). Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56

7. Há evidência de que Ivermectina ou Nitazoxanida (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

Autoria: Rogerio Luz Coelho Neto

Revisão: Daniel Knupp

Síntese: Ainda não existem estudos em humanos avaliando o uso de Ivermectina ou de Nitazoxanida (em qualquer de suas formulações ou doses) na profilaxia ou no tratamento da COVID-19, de modo que ainda não é possível recomendar o uso dessas medicações.

Em final de Março de 2020, foi postado em um site de pré-publicações um estudo (agora já revisado por pares e publicado) onde Caly e colaboradores (1) comprovam que o vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, é inativado in vitro, eficientemente, pela ivermectina, um antiparasitário barato e amplamente disponível no mundo, pois consta da lista de medicações essenciais da Organização Mundial da Saúde (2). O potencial efeito antiviral da ivermectina pode estar associado ao bloqueio do transporte de partículas virais para dentro do núcleo (mesmo em vírus RNA como HIV e Dengue existe uma etapa de replicação intranuclear) (3).

Já a nitazoxanida, é um componente derivado de pesquisas com agentes antiparasitários da década de 1970, foi desenvolvido para ser um antiparasitário de amplo espectro, mas com a chegada ao mercado do albendazol e praziquantel (e suas formulações em doses únicas), seu desenvolvimento foi suspenso por mais de 10 anos. Em 1993, com a necessidade de tratar parasitoses atípicas por causa da pandemia de AIDS, ele voltou a ser pesquisado (e foi aprovado como tratamento para *C. parvum* em 2002).

Foi nessa época que seu efeito antiviral foi reconhecido (contra Hepatites B e C e Influenza) (4). Seu efeito antiviral ainda precisa de melhores esclarecimentos, mas seu efeito anti-inflamatório, já está mais definido (5).

Muito se tem cogitado sobre o papel da ivermectina e da nitazoxanida (6, 7, 8, 9, 10) como prevenção ou tratamento isolados, ou em associações diversas contra o COVID-19. No entanto, não há nenhum estudo em humanos publicado (pesquisa realizada em 27/05/2020 nos bancos de dados PUBMED, MEDLINE, LILACS, SCOPUS e nos servidores de pré-publicações Preprints.org, MedRxiv e BioRxiv). Há atualmente 18 e 11 estudos cadastrados no ClinicalTrials.org e Cochrane Central no tratamento de COVID-19 com ivermectina e com nitazoxanida, respectivamente.

Ampliando estudos em supercomputador sobre as possibilidades terapêuticas de componentes existentes para interferir nas moléculas de Proteína S (spike proteins - S-Proteins) que ligam o vírus SARS-CoV-2 à células humanas (11), pesquisadores liderados por brasileiros publicaram uma lista de 24 componentes com potencial prático para estudos clínicos futuros, entre eles estão compostos herbais e antiparasitários da classe das vermectinas (da qual ivermectina é integrante) (12). No entanto, quando comparados a farmacocinética de ambos os compostos, vemos que, com o que se sabe, é praticamente impossível a ivermectina atingir no pulmão a concentração que inibiu replicação viral no SARS-CoV-2 (estudos mostram que mesmo 10x a dose usual não atinge dose terapêutica em pulmões) (13). Já a nitazoxanida apresenta inibição (mas apenas estudada em outros coronavírus até o momento) em doses que estariam dentro da dosagem terapêutica (14).

O banco de dados de revisões sistemáticas rápidas sobre tratamento de COVID-19 da OMS/OPAS (15) na data de 23/05/2020 declarou que um estudo no site de pré-publicações SSRN havia

avaliado o tratamento com Ivermectina em COVID-19 com excelentes resultados em pacientes necessitando de ventilação mecânica em respirador (mas não houve randomização e não reportaram muitos detalhes da população ou de comorbidades), mas o estudo não está mais disponível no site SSRN, hoje (10/07/2020) aparecem alguns documentos com o título do artigo da OMS/OPAS, mas estão DESPUBLICADOS, mesmo de sites de pré-publicações.

Referências:

- 1 - Caly L, Druce JD, Catton MG, Jans DA, Wagstaff KM. The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. *Antiviral Res.* 1o de junho de 2020;178:104787.
- 2 - World Health Organization. 21st Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 29 de maio de 2020]. Disponível em: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/21/en/
- 3 - Yang SNY, Atkinson SC, Wang C, Lee A, Bogoyevitch MA, Borg NA, et al. The broad spectrum antiviral ivermectin targets the host nuclear transport importin α/β 1 heterodimer. *Antiviral Res.* 1o de maio de 2020;177:104760.
- 4 - Rossignol J-F. Thiazolidines: a new class of antiviral drugs. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 1o de junho de 2009;5(6):667-74.
- 5 - Shou J, Kong X, Wang X, Tang Y, Wang C, Wang M, et al. Tizoxanide Inhibits Inflammation in LPS-Activated RAW264.7 Macrophages via the Suppression of NF- κ B and MAPK Activation. *Inflammation.* 1o de agosto de 2019;42(4):1336-49.
- 6 - Barlow A, Landolf KM, Barlow B, Yeung SYA, Heavner JJ, Claassen CW, et al. Review of Emerging Pharmacotherapy for the Treatment of Coronavirus Disease 2019. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2020;40(5):416-37.
- 7 - Şimşek Yavuz S, Ünal S. Antiviral treatment of COVID-19. *Turk J Med Sci.* 21 de 2020;50(SI-1):611-9.

8 - Kumar M, Taki K, Gahlot R, Sharma A, Dhangar K. A chronicle of SARS-CoV-2: Part-I - Epidemiology, diagnosis, prognosis, transmission and treatment. *Sci Total Environ*. 10 de setembro de 2020;734:139278.

9 - Patrì A, Fabbrocini G. Hydroxychloroquine and ivermectin: a synergistic combination for COVID-19 chemoprophylaxis and/or treatment? *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 10 de abril de 2020 [citado 29 de maio de 2020]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146719/>

10 - Rizzo E. Ivermectin, antiviral properties and COVID-19: a possible new mechanism of action. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol* [Internet]. 27 de maio de 2020 [citado 28 de maio de 2020]; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00210-020-01902-5>

11 - Smith M, Smith JC. Repurposing Therapeutics for COVID-19: Supercomputer-Based Docking to the SARS-CoV-2 Viral Spike Protein and Viral Spike Protein-Human ACE2 Interface. 11 de março de 2020 [citado 30 de maio de 2020]; Disponível em: https://chemrxiv.org/articles/Repurposing_Therapeutics_for_the_Wuhan_Coronavirus_nCoV-2019_Supercomputer-Based_Docking_to_the_Viral_S_Protein_and_Human_ACE2_Interface/11871402

12 - Oliveira OV de, Rocha GB, Paluch AS, Costa LT. Repurposing approved drugs as inhibitors of SARS-CoV-2 S-protein from molecular modeling and virtual screening. *J Biomol Struct Dyn*. 25 de maio de 2020;0(ja):1-14.

13 - Schmith VD, Zhou J (Jessie), Lohmer LR. The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of COVID-19. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. [citado 28 de maio de 2020];n/a(n/a). Disponível em: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpt.1889>

14 - Rajoli RK, Pertinez H, Arshad U, Box H, Tatham L, Curley P, et al. Dose prediction for repurposing nitazoxanide in SARS-CoV-2 treatment or chemoprophylaxis. *medRxiv*. 6 de maio de 2020;2020.05.01.20087130.

15 - World Health Organization. Pan American Health Organization. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: summary of rapid systematic reviews. Rapid Review, 23 May 2020 [Internet]. WHO/PAHO; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52193>

8. O telemonitoramento de pessoas com insuficiência cardíaca melhora desfechos clínicos?

Autoria: Gabriel Glebocki, Thiago D. Sarti, Alexandre C. Calandrini
Revisão: Eno D. C. Filho

Síntese: Há evidências para indicar o telemonitoramento de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Embora não haja definição sobre qual a melhor tecnologia a empregar, o telemonitoramento de parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, peso etc., parece reduzir mortalidade por todas as causas e internações decorrentes de piora da insuficiência cardíaca.

Em meio a pandemia atual, os sistemas de saúde passam por grandes adaptações e destinam grande parte de seus recursos para o controle das infecções pelo novo vírus, o SARS-CoV-2. As restrições e mudanças adotadas, no entanto, podem aumentar a morbimortalidade geral devido a doenças crônicas que deixam de ser manejadas de maneira adequada neste período e suas possíveis consequências (1, 2). Nesse contexto, é urgente a elaboração de estratégias para assistir a portadores de doenças crônicas e, ao mesmo tempo, evitar que adoeçam por COVID-19. A assistência à distância pode servir a este propósito. Todavia, é importante priorizar estratégias que tenham eficácia já comprovada. O objetivo desta revisão é verificar se o uso de telemonitoramento (TM) de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca (IC) melhora desfechos clínicos.

Foi realizada uma revisão da literatura em duas bases de dados, MEDLINE (via Pubmed) e EMBASE.

Em ambas, a busca consistiu na intersecção dos termos (em título ou resumo) “telemonitoring” e “heart failure”. No Pubmed, foi adicionado o Mesh “telemetry”. Para poupar tempo, limitamos os tipos de estudo a revisões sistemáticas (RS) e o períodos para os últimos 10 anos. A pergunta foi feita a partir da estratégia PICO. População: portadores de IC; Intervenção: TM; Controle: cuidado usual; Desfecho: descompensação da IC, visitas à emergência, internações ou morte. A busca gerou 40 artigos únicos. Dois autores excluíram os artigos por título e resumo. Foram selecionados 28 artigos para leitura completa, dentre eles, três overviews (3–5). Optamos, então, por utilizar as overviews como base para esta recomendação. Dentre as três encontradas, escolhemos a de melhor qualidade (5) a partir da aplicação do questionário AMSTAR-2 (6). Em seguida, avaliamos se as RS encontradas em nossa busca que não estavam contempladas na overview selecionada como base chegavam a resultados similares.

A overview escolhida (5) incluiu ensaios clínicos randomizados publicados entre os anos de 1996 e 2013. Todas as revisões encontradas em nossa busca cujas datas de publicação eram anteriores a 2014 estavam contempladas na overview. Dentre as 14 revisões posteriores à publicação da overview, duas não encontraram melhores desfechos no grupo que recebeu TM se comparado ao grupo com tratamento usual (7, 8). As demais, corroboram os resultados da overview usada como base para esta recomendação. A overview define como TM o “uso de ferramentas não invasivas, associada a tecnologias de informação e comunicação, para monitorar e transmitir dados psicológicos, biométricos e/ou relacionados à doença (eg, pressão arterial, peso, frequência cardíaca, medicações, sintomas) do paciente em casa para o profissional de saúde(...)” (5). Há evidências de que o TM de pacientes portadores de IC reduz mortalidade por todas as causas e internações decorrentes de piora da IC, com redução de risco

relativo de 34% e 21%, respectivamente, segundo resultados da RS de melhor qualidade encontrada (9). Uma revisão sistemática de 2018 (10) achou correlação entre TM e aumento do uso de pronto atendimento.

A metodologia utilizada para esta recomendação apresenta algumas limitações. A mais relevante talvez seja a busca pouco abrangente, tanto na quantidade de bases buscadas, bem como nas frases de busca e na limitação do período aos últimos 10 anos. Essas escolhas foram motivadas pela urgência da situação global e, portanto, da necessidade de se publicar este material o quanto antes. Há também limitações referentes ao principal artigo utilizado como base para esta recomendação: apenas 3 RS de alta qualidade incluídas; múltiplos desfechos avaliados; a diversidade de contextos de cuidado; e o fato de diferentes intervenções serem rotuladas como TM. Por fim, destaca-se que a análise de custo-efetividade não chegou à conclusão devido a baixa qualidade das metodologias utilizadas para este fim.

Apesar das limitações, há evidências indicando que o uso de TM para pessoas com IC se associa à redução de mortalidade por todas as causas e à redução de internações por piora clínica da IC. Desse modo, num momento em que consultas médicas presenciais devem se reduzir ao mínimo necessário, o uso de TM pode ser uma ferramenta importante.

Referência:

1 - Lombardy T, Province L, Cardiac L, Registry A, Care L, Protection C, et al. C o r r e s p o n d e n c e Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy. 2020;1-3. doi: 10.1056/NEJMc2010418

- 2 - Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A, Reinstadler SJ. Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *Eur Heart J*. 2020;1852–3. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa314
- 3 - Hanlon P, Daines L, Campbell C, Mckinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: A systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. Vol. 19, *Journal of Medical Internet Research*. *Journal of Medical Internet Research*; 2017. doi: 10.2196/jmir.6688
- 4 - Bashi N, Karunanithi M, Fatehi F, Ding H, Walters D. Remote monitoring of patients with heart failure: An overview of systematic reviews. Vol. 19, *Journal of Medical Internet Research*. *Journal of Medical Internet Research*; 2017. doi: 10.2196/jmir.6571
- 5 - Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: An overview of systematic reviews. Vol. 17, *Journal of Medical Internet Research*. *Journal of Medical Internet Research*; 2015. doi: 10.2196/jmir.4174
- 6 - Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:1–9. doi: 10.1136/bmj.j4008
- 7 - Lelli D, Incalzi RA, Adiletta V, Pedone C. Is telemonitoring effective in older adults affected by heart failure? A meta-analysis focused on this population. 2019;87–95.
- 8 - Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2017 Nov 1;19(11):1427–43. doi: 10.1002/ejhf.765
- 9 - Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2010. doi: 10.1002/14651858.cd007228.pub2
- 10 - Pekmezaris R, Torte L, Williams M, Patel V, Makaryus A, Zeltser R, et al. Home telemonitoring in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Health Aff*. 2018 Dec 1;37(12):1983–9. doi: 10.1377/hlthaff.2018.05087

9. Há evidência de que Vitamina D (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

Autoria: Rogerio Luz Coelho Neto

Revisão: Daniel Knupp Augusto

Síntese: Não há evidência em humanos de que a Vitamina D (em qualquer de suas formulações ou doses) tenha qualquer efetividade em tratar ou prevenir COVID-19.

Um estudo pequeno (27 idosos suíços) observacional retrospectivo (1) mostrou que os níveis de Vitamina D em pacientes internados por COVID-19 são menores que os de pacientes sem COVID-19. Isso fez com que a Vitamina D fosse olhada como um fator protetor da infecção ou da gravidade da doença. Embora haja alguma racional biológico da atuação da Vitamina D na imunidade, ainda é uma discussão em aberto se a suplementação em humanos traz algum benefício clínico (2, 3).

Metanálises recentes (4) mostram que a Vitamina D usada diariamente ou semanalmente (mas não em bolus) por meses pode diminuir a chance da pessoa ter Infecções de Vias Aéreas Superiores (NNT = 8 para pessoas severamente deficientes e NNT = 33 para as demais). Essa evidência não pode ser extrapolada para o uso na COVID-19, uma vez que não existem estudos que avaliaram essa indicação específica (5).

Outras metanálises recentes mostram que suplementação de Vitamina D pode ser protetora para pneumonia adquirida na comunidade (6). Também há metanálises que mostram uma melhora na função respiratória em Asma (7, 8, 9) e DPOC (10),

mesmo que a evidência ainda não seja robusta.

No geral, o que se vê em todas essas metanálises é que não há certeza no uso de Vitamina D e que ensaios clínicos randomizados são necessários para se confirmar essas possíveis correlações.

Referências:

- 1 - D'Avolio A, Avataneo V, Manca A, Cusato J, De Nicolò A, Lucchini R, et al. 25-Hydroxyvitamin D Concentrations Are Lower in Patients with Positive PCR for SARS-CoV-2. *Nutrients*. maio de 2020;12(5):1359.
- 2 - Zabetakis I, Lordan R, Norton C, Tsoupras A. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation. *Nutrients*. maio de 2020;12(5):1466.
- 3 - Grant WB, Lahore H, McDonnell SL, Baggerly CA, French CB, Aliano JL, et al. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients* [Internet]. 2 de abril de 2020 [citado 25 de maio de 2020];12(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231123/>
- 4 - Martineau AR, Jolliffe DA, Greenberg L, Aloia JF, Bergman P, Dubnov-Raz G, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections: individual participant data meta-analysis. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2019;23(2):1–44.
- 5 - Lee J, van Hecke O, Roberts N. Vitamin D: A rapid review of the evidence for treatment or prevention in COVID-19 [Internet]. *CEBM*. [citado 25 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/vitamin-d-a-rapid-review-of-the-evidence-for-treatment-or-prevention-in-covid-19/>
- 6 - Yf Z, Ba L, Li Q. The Association Between Vitamin D Deficiency and Community-Acquired Pneumonia: A Meta-Analysis of Observational Studies [Internet]. Vol. 98, *Medicine*. *Medicine (Baltimore)*; 2019 [citado 25 de maio de 2020]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31567995/?from_term=vitamin+d+and+respiratory+infeccions&from_filter=pubt.meta-analysis&from_format=abstract&from_sort=date&from_exact_term=vitamin+d+and+respiratory+infections&from_pos=2
- 7 - Liu J, Dong Y-Q, Yin J, Yao J, Shen J, Sheng G-J, et al. Meta-analysis of vitamin D and lung function in patients with asthma. *Respir Res* [Internet]. 2019 [citado 25 de maio de 2020];20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6781357/>

8 - Wang M, Liu M, Xiao Y, An T, Zou M, Cheng G, et al. Association Between Vitamin D Status and Asthma Control: A Meta-Analysis of Randomized Trials [Internet]. Vol. 150, Respiratory Medicine. Respir Med; 2019 [citado 25 de maio de 2020]. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30961957/?](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30961957/?from_term=vitamin+d+and+respiratory&from_filter=pubt.meta-analysis&from_sort=date&from_exact_term=vitamin+d+and+respiratory&from_pos=3)

[from_term=vitamin+d+and+respiratory&from_filter=pubt.meta-analysis&from_sort=date&from_exact_term=vitamin+d+and+respiratory&from_pos=3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30961957/?from_term=vitamin+d+and+respiratory&from_filter=pubt.meta-analysis&from_sort=date&from_exact_term=vitamin+d+and+respiratory&from_pos=3)

9 - Martineau AR, Cates CJ, Urashima M, Jensen M, Griffiths AP, Nurmatov U, et al. Vitamin D for the management of asthma. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016; (9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011511.pub2>

10 - Jolliffe DA, Greenberg L, Hooper RL, Mathyssen C, Rafiq R, Jongh RT de, et al. Vitamin D to prevent exacerbations of COPD: systematic review and meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. Thorax. 1o de abril de 2019;74(4):337-45.

10. Há evidência de que Zinco (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19?

Autoria: Rogerio Luz Coelho Neto

Revisão: Daniel Knupp Augusto

Síntese: Não há evidência de que o uso de zinco (em qualquer de suas formulações ou doses) tenha qualquer efetividade no tratamento ou profilaxia da COVID-19, não cabendo no momento recomendar seu uso na prática clínica.

Foi feita uma revisão no PUBMED e no LILACS e, até a data de pesquisa (atualizada em 10/07/2020) não se encontrou nenhum estudo em humanos (nem relato de casos, nem estudos clínicos) em que se usasse o zinco, em nenhuma formulação, para a prevenção ou tratamento de COVID-19.

Embora vários artigos opinativos foram identificados com teorias e possibilidades do tratamento com zinco no COVID-19 (1, 2, 3), não há um único artigo avaliando esse tratamento em humanos para COVID-19. Há atualmente 13 estudos previstos para começar usando o zinco como prevenção e/ou tratamento adjuvante para COVID-19 no ClinicalTrials.org.

O zinco tem sido estudado desde a década de 1980 como adjuvante no tratamento de resfriados desde que uma menina de 3 anos com leucemia, ao invés de engolir sua cápsula de zinco a deixou derreter na boca e com isso diminui os sintomas de seu presente resfriado. Vendo isso seu pai fez um estudo randomizado que se mostrou positivo e uma redução, em média, de 7 dias a duração dos sintomas de resfriado (4).

Metanálises mais recentes têm mostrado esse benefício do zinco (acetato de zinco) na redução das sintomatologias do resfriado (5, 6). No entanto, a dose de acetato de zinco parece ter que ser acima de 75mg/dia, e o uso deve ser na forma de pastilhas que dissolvem na boca, e não engolidos (6).

Metanálises ainda apontam que o zinco é efetivo como adjuvante no tratamento de Pneumonia em adultos (7) e crianças (8). E finalmente, pode ter efeito em prevenção de pneumonia em crianças de 2 meses a 5 anos (9).

Referências:

1 - Rahman MT, Idid SZ. Can Zn Be a Critical Element in COVID-19 Treatment? Biol Trace Elem Res [Internet]. 26 de maio de 2020 [citado 27 de maio de 2020]; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12011-020-02194-9>

2 - Skalny AV, Rink L, Ajsuvakova OP, Aschner M, Gritsenko VA, Alekseenko SI, et al. Zinc and respiratory tract infections: Perspectives for COVID-19 (Review). Int J Mol Med. 1o de julho de 2020;46(1):17–26.

3 - Derwand R, Scholz M. Does zinc supplementation enhance the clinical efficacy of chloroquine/hydroxychloroquine to win today's battle against COVID-19? Med Hypotheses. setembro de 2020;142:109815.

4 - Eby GA, Davis DR, Halcomb WW. Reduction in duration of common colds by zinc gluconate lozenges in a double-blind study. Antimicrob Agents Chemother. 1o de janeiro de 1984;25(1):20–4.

5 - Hemilä H, Chalker E. The effectiveness of high dose zinc acetate lozenges on various common cold symptoms: a meta-analysis. BMC Fam Pract. 25 de fevereiro de 2015;16(1):24.

6 - Hemilä H, Petrus EJ, Fitzgerald JT, Prasad A. Zinc acetate lozenges for treating the common cold: an individual patient data meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2016;82(5):1393–8.

7 - Wang L, Song Y. Efficacy of zinc given as an adjunct to the treatment of severe pneumonia: A meta-analysis of randomized, double-blind and placebo-controlled trials. Clin Respir J. 2018;12(3):857–64.



8 - Tie H-T, Tan Q, Luo M-Z, Li Q, Yu J-L, Wu Q-C. Zinc as an adjunct to antibiotics for the treatment of severe pneumonia in children <5 years: a meta-analysis of randomised-controlled trials. *Br J Nutr.* março de 2016;115(5):807-16.

9 - Lassi ZS, Moin A, Bhutta ZA. Zinc supplementation for the prevention of pneumonia in children aged 2 months to 59 months. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [citado 27 de maio de 2020];(12). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005978.pub3/full>

11. A exposição à poluição do ar nas pessoas infectadas pela COVID-19 tem piora no desfecho em relação a mortalidade e/ou gravidade de infecção em relação a locais com menor poluição do ar?

Autoria: Camila Vescovi, Jéssica Leão, Mayara Floss, Enrique Falceto Barros

Revisão: Nelzair Vianna

Síntese: A poluição do ar é fator de risco para a COVID-19, apesar de ainda serem necessários mais estudos para ajustarem fatores de confusão.

A grande aceleração de impactos antropogênicos na saúde planetária, com o aumento da população, as mudanças climáticas, a poluição do ar, a urbanização aumentada, as viagens internacionais, a imigração, o aumento da demanda por alimentos, diminuição do habitat, movimentação de espécies - levarão a mais "repercussões", com doenças transmitidas por animais (1, 2). Cerca de 70-80% das doenças infecciosas emergentes, e quase todas as pandemias recentes, são originárias de animais (a maioria na vida selvagem), e seu surgimento decorre de complexas interações entre animais selvagens e/ou domésticos e humanos (3). O dito efeito de spillover ou transbordamento que supostamente aconteceu com o SARS-Cov-2 está provavelmente relacionado com a proximidade de pessoas de espécies silvestres portadoras de múltiplas variedades de coronavírus, e com a fragilização da biodiversidade (4). A poluição do ar é um risco para a saúde humana, responsável por cerca de 8,8 milhões de mortes prematuras por ano (IC95% 7,11 a 10,41) e perda de expectativa de vida de 2,9 anos (IC95% 2,3 a 3,5 anos), principalmente pelo risco cardiovascular (5).

As partículas finas com diâmetro de 2,5 micrômetros ou menos (PM_{2,5}), 10 micrômetros ou menos (PM₁₀), dióxido de enxofre (SO₂), dióxido de nitrogênio (NO₂), monóxido de carbono (CO) e ozônio (O₃) afetam as vias aéreas através de inalação e sabidamente causam aumento de morbimortalidade por pneumonias em crianças menores de 5 anos e pessoas com DPOC e asma (6). Com a pandemia da COVID-19 questionamos a influência da poluição do ar nesta zoonose. Neste sentido surgiu a pergunta PICO orientadora desta revisão: a exposição à poluição do ar nas pessoas infectadas pela COVID-19 tem piora no desfecho em relação a mortalidade e/ou gravidade de infecção em relação a locais com menor poluição do ar?

Para esta revisão rápida foram utilizadas as palavras chave "air pollution" associada com a palavra "COVID-19" nos bancos de dados: Center for Evidence-Based Medicine of Oxford - COVID-19 (CEBM) (7) e Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre do Reino Unido (EPPI) (8), sendo encontrado 2 resultados nas bases. O primeiro estudo foi uma pesquisa publicada em 15 de abril de 2020 (9) e o segundo uma revisão publicada em 29 de abril de 2020 (10).

Já foi demonstrado que a poluição do ar está intimamente relacionada à infecção respiratória causada por outros microorganismos (11). A COVID-19 não é diferente e houve uma relação significativa entre a poluição do ar e a infecção por COVID-19 após o controle de fatores de confusão (9). A exposição a curto prazo a concentrações mais altas de PM_{2,5}, PM₁₀, CO, NO₂ e O₃ está associada a um risco aumentado de infecção por COVID-19 (12). No entanto, a exposição a curto prazo a uma maior concentração de SO₂ está relacionada à diminuição do risco de infecção por COVID-19 (9). O aumento de apenas 1 µg/m de material particulado está associado ao aumento de 8% (IC 2%-15%) na taxa de mortalidade (13).

Apesar disso, são necessários mais estudos para avaliar esta relação principalmente em relação aos tempos de exposição e nível de poluição, principalmente a partir de estudos que se ajustem a fatores de confusão importantes, como idade, etnia, renda familiar, densidade populacional, tabagismo, clima e recursos locais de saúde (10). O lockdown levou a reduções drásticas nos níveis de poluição do ar urbano podendo ter um efeito na redução da mortalidade pela poluição do ar (12), possivelmente este será um dos pontos de análise futura desta pandemia. Desta forma, nossa pesquisa rápida de PICO, indica que as medidas de saúde pública para reduzir a poluição do ar levarão a redução de morbimortalidade por COVID-19, e por infarto do coração, Acidente Vascular Cerebral, pneumonia infantil, DPOC, asma -, e assim, provavelmente ajudaria a diminuir a demanda dos serviços de saúde durante a atual pandemia (9, 10).

Referências:

- 1 - Kock R, Karesh W, Veas F, Velavan T, Simons D, Mboera L et al. 2019-nCoV in context: lessons learned?. *The Lancet Planetary Health*. 2020;4(3):e87-e88
- 2 - Lelieveld J, Pozzer A, Pöschl U, Fnais M, Haines A, Münzel T. Loss of life expectancy from air pollution compared to other risk factors: a worldwide perspective. *Cardiovascular Research*. 2020;
- 3 - Jones K, Patel N, Levy M, Storeygard A, Balk D, Gittleman J et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008;451(7181):990-993.
- 4 - Lam T, Shum M, Zhu H, Tong Y, Ni X, Liao Y et al. Identifying SARS-CoV-2 related coronaviruses in Malayan pangolins. *Nature*. 2020;
- 5 - Lelieveld J, Pozzer A, Pöschl U, Fnais M, Haines A, Münzel T. Loss of life expectancy from air pollution compared to other risk factors: a worldwide perspective. *Cardiovascular Research*. 2020;
- 6 - Frontera A, Martin C, Vlachos K, Sgubin G. Regional air pollution persistence links to COVID-19 infection zoning. *Journal of Infection*. 2020;.





7 - Oxford COVID-19 Evidence Service - CEBM [Internet]. CEBM. 2020 [cited 29 May 2020]. Available from: <https://www.cebm.net/oxford-covid-19-evidence-service/>

8 - EPPI-Mapper [Internet]. Eppi.ioe.ac.uk. 2020 [cited 28 May 2020]. Available from: http://eppi.ioe.ac.uk/COVID19_MAP/covid_map_v9.html

9 - Zhu Y, Xie J, Huang F, Cao L. Association between short-term exposure to air pollution and COVID-19 infection: Evidence from China. *Science of The Total Environment*. 2020;727:138704.

10 - Hoang U, Jones N. Is there an association between exposure to air pollution and severity of COVID-19 infection?. Oxford COVID-19 Evidence Service Team [Internet]. 2020 [cited 6 June 2020];. Available from: <https://www.cebm.net/covid-19/is-there-an-association-between-exposure-to-air-pollution-and-severity-of-covid-19-infection/>

11 - Mehta S, Shin H, Burnett R, North T, Cohen A. Ambient particulate air pollution and acute lower respiratory infections: a systematic review and implications for estimating the global burden of disease. *Air Quality, Atmosphere & Health*. 2011;6(1):69-83.

12 - Tobias A, Carnerero C, Reche C, et al. Changes in air quality during the lockdown in Barcelona (Spain) one month into the SARS-CoV-2 epidemic. *Sci Total Environ* 2020;726:138540. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138540 [published Online First: 2020/04/18]

13 - Wu X, Nethery R, Sabath B, Braun D, Dominici F. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study. 2020;.



12. Considerando os atributos de orientação comunitária e competência cultural, como a APS deve realizar orientações sobre a COVID-19 considerando o território de atuação?

Autoria: Euclides Colaço e Rita Helena Borret

Revisão: Clayton de Carvalho Coelho e Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: A comunicação deve ser clara, socialmente contextualizada e compreensível, podendo-se fazer uso de línguas ou dialetos locais (em especial em comunidades indígenas e quilombolas) sobre a extensão e gravidade da pandemia de COVID-19, meios de disseminação e a real situação local, sem sonegar informações, construindo junto às comunidades possibilidades aceitáveis de intervenção.

O Brasil é um dos países com maiores índices de desigualdade social e iniquidade em saúde. Essas chagas têm raízes históricas e repercutem na maioria dos problemas enfrentados pela população hoje, inclusive referente ao acesso a serviços de saúde frente ao contexto de pandemia por COVID-19 (1, 2).

Cultura pode ser entendida como o conjunto de orientações explícitas e implícitas que indivíduos herdaram como membros de uma determinada sociedade em particular; as quais lhes dizem como ver o mundo; como experimentá-lo emocionalmente e como se comportar (em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais e ao ambiente natural). Pode ser entendida como uma lente herdada através da qual indivíduos percebem e compreendem o mundo e aprendem como viver. As culturas não são homogêneas e estão submetidas a mudanças ao longo do tempo (1, 3).

Sociedades possuem diversas culturas e subgrupos culturais dentro de si, como uma colcha de retalhos; coexistindo por vezes de maneira harmônica e por outras de maneira desconfortável. Indivíduos podem pertencer a mais de uma cultura ao mesmo tempo. Vale ressaltar que a cultura não se restringe a questões étnicas e raciais, mas também a questões de gênero, religião, ancestralidade, organização social e territorial (3).

O reconhecimento das características culturais próprias dos grupos sociais e de suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença é um importante atributo da Atenção Primária à Saúde. A isso chamamos Competência Cultural e por meio dela o MFC desenvolve laços com indivíduos, famílias e as comunidades alvo dos cuidados primários em saúde. Dessa forma, entendendo melhor os processos que influenciam as dinâmicas das minorias populacionais com maior satisfação, precisão diagnóstica e melhor adesão ao tratamento (1, 4).

Tervalon adiciona ao atributo da competência cultural, o termo “humildade cultural”. Que pode ser definido quando o profissional; além de valorizar a pluralidade cultural e conhecimentos sobre as práticas de cuidado existentes nos diversos contextos culturais; esteja em constante processo de autorreflexão e comprometimento com o processo contínuo de aprendizagem da cultura das pessoas sob seus cuidados. Nesse sentido, ressalta a importância de uma atitude flexível e humilde o suficiente para renunciar à falsa sensação de segurança que os estereótipos de culturas diversas podem oferecer, pois as mesmas dimensões culturais são experienciadas de formas diferentes por cada pessoa (5).

A pandemia de COVID-19 afeta Estados e Municípios com estruturas socioeconômicas e culturais diversas, e que abrigam ainda dentro de cada região municipal grande heterogeneidade.

Mulheres, população negra, população LGBTIA+, pessoas em situação de rua, em privação de liberdade e outros grupos; experienciam a pandemia e o isolamento social de maneiras diversas. Estratégias de prevenção e orientações devem ser pensadas junto aos grupos populacionais e adaptadas às dinâmicas locais (territorial) em especial em situações que podem facilitar a disseminação do SARS-Cov-2 (ritos fúnebres, comemorações e manifestações religiosas coletivas) (6, 7).

Vale lembrar que em geral grupos mas vulneráveis e minoritários já convivem com iniquidades em saúde onde o acesso à saúde é um desafio constante, mesmo em tempos normais. Nesse sentido, é igualmente importante manter serviços funcionando para as principais doenças infecciosas como: tuberculose, hanseníase, malária, dengue, Zika, HIV, dentre outras (6).

Algumas orientações que podem auxiliar a estreitar o diálogo nas diferentes comunidades(6, 8, 9, 10, 11):

- Comunicação clara compreensível, podendo-se fazer uso de línguas ou dialetos locais (em especial em comunidades indígenas, quilombolas) sobre a extensão da Pandemia, meios de disseminação e a situação local;
- Utilização de canais de comunicação já existentes na comunidade (rádio comunitária, redes sociais, carro de som) para veiculação de informações qualificadas e com embasamento científico sobre a epidemia nacional e seu comportamento na comunidade em questão e sobre orientações de prevenção e proteção;
- Canais de comunicação (preferencialmente virtuais) com a comunidade, para acolher dúvidas sobre a COVID-19 e dificuldades práticas de ações de prevenção. E, a partir daí pensar e propor respostas conjuntamente;

- Enfatizar as informações sobre os casos graves e da gravidade da doença. Isto fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis, dentro de uma estrutura de respeito à visão de mundo; evitando explicações da Pandemia e formas de interpretações baseadas em imagens religiosas ou pensamento mágico;
- Buscar olhar para as orientações gerais feitas pelos órgãos competentes quando baseadas na ciência (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades de Especialidades Médicas), reconhecendo as realidades e desigualdades sociais existentes no país e a partir daí, buscar adaptá-las;
- Buscar estimular ou usar (se já existentes) redes de solidariedade e apoio comunitário. Em especial que possam ajudar no Distanciamento Social: pessoas (normalmente os mais jovens) que possam auxiliar os mais velhos, e pessoas nos grupos de risco (auxiliando com favores na compra de mantimentos/ alimento/ remédios), promovendo maneiras de isolar(da melhor forma possível) os pacientes em tratamento(ou em suspeita) da COVID-19;
- Buscar, junto ao Estado e a própria comunidade organizada, maneiras de permitir acesso a recursos mínimos para garantia da higiene básica (água limpa/ encanada, sabão, álcool 70%);
- Preparar planos de ação específicos que garantam o acesso à serviços de diagnóstico e atendimento ambulatorial e hospitalar, quando necessário. Isso deve incluir estratégias de comunicação para auxiliar a identificar casos de suspeita;
- Discutir e vigiar todas as formas de maus-tratos (violência contra mulher, crianças, idosos, LGBT, pessoas com deficiência mental e física), assim como o racismo, misoginia, preconceito de classe social e o preconceito para com as pessoas que estão passando ou que já passaram pela infecção pelo SARS-Cov-2;

- Manter acolhimento (virtual ou presencial) ao sofrimento mental e luto e à vítimas de violência por parceria íntima, que pode aumentar devido ao isolamento domiciliar;
- Em comunidades tradicionais (especialmente indígenas e quilombolas) buscar uma aproximação dialógica com os curadores tradicionais, buscando ampliar a rede de cuidados, alinhamento dos projetos terapêuticos e aproximações culturalmente aceitáveis para essas comunidades;
- Em locais onde os gestores estão reabrindo comércio, vale oferecer informações qualificadas e promover diálogos livres de julgamento que estimulem reflexão bioética junto aos indivíduos e comunidades, orientando sobre riscos e possíveis impactos, para que as pessoas possam se organizar dentro de suas necessidades e possibilidades.

Referências:

1 - Gouveia, Eneline A. H., Silva, Rodrigo de Oliveira, & Pessoa, Bruno Henrique Soares. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(1, Suppl. 1), 82-90. Epub January 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-5271 v 43 suplemento 1-20190066>

2 - Gomes I, Marli M. Somos todos iguais? O que dizem as estatísticas. Retratos. 2018;14-9.

3 - Helman C. Cultura, Saúde e Doença . 5th ed. Artmed Editora; 1994. Porto Alegre; Artmed; 5 ed; 2009. 431 p. ilus, tab.

4 - Gouveia, E. A. H., Silva, R. de O., & Pessoa, B. H. S. (2019). Competência cultural: Uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(1 suppl 1), 82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>.

5 - Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9, 117-125

6 - Katsidzira, L., Gwaunza, L., & Hakim, J. G. ([s.d.]). The sars-cov-2 epidemic in zimbabwe: Quo vadis? *Clinical Infectious Diseases*.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa552>

7 - Koon, O. E. (2020). The impact of sociocultural influences on the covid-19 measures—Reflections from singapore. *Journal of Pain and Symptom Management*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.022>

8 - Meneses-Navarro, S., Freyermuth-Enciso, M. G., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Campos-Navarro, R., Meléndez-Navarro, D. M., & Gómez-Flores-Ramos, L. (2020). The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. *International journal for equity in health*, 19(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01178-4>

9 - Borret RH, Vieira RC, Oliveira DOPS. Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra. Orientações para Favelas e Periferias Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. 43pg. 30 de abril de 2020. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/orientac%CC%A7o%CC%83es-para-favelas-e-periferias_2edic%CC%A7a%CC%83o_Versa%CC%83ofinal.pdf

10 - Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS Volume 2 Série B. Textos Básicos de Saúde, Capítulo 12 - Saúde Indígena: Distâncias que Aproximam... Brasília, DF 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v_2_1ed.pdf

11 - Mulinari, Filicio. Ética e Justiça Social em tempos de pandemia. Early Draft [Versão inicial]. Maio de 2020. Disponível em: <https://cefetes.academia.edu/FilicioMulinari>

13. Em pessoas com condições crônicas, os Cuidados Domiciliares se comparados aos Cuidados Ambulatoriais promovem melhores desfechos (menor mortalidade, menor morbidade, sequelas, ou internações) durante o Isolamento Social devido à Pandemia de COVID-19?

Autoria: Leonardo Savassi

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Sumário Executivo: As evidências sugerem que a manutenção do atendimento em casa para pessoas que previamente já estavam sob regime de AD é benéfica, e que os cuidados domiciliares podem se beneficiar de tecnologias da comunicação, tais como telecentros, telemedicina e teletriagem. Não há evidências nem contra nem a favor para os demais portadores de doenças crônicas.

Os cuidados domiciliares são realizados por equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e por Equipes específicas de Atenção Domiciliar (AD) no Brasil. É necessário definir se os Cuidados Domiciliares poderiam promover acessibilidade, tendo em vista que a Pandemia por COVID-19 é um critério bem definido de “impossibilidade de acesso a serviços de saúde, temporariamente” (1). Com o fechamento de serviços de saúde de atenção secundária durante a pandemia de COVID-19, e orientação para distanciamento social às pessoas, bem como divulgação de doenças crônicas como fatores de risco para gravidade da infecção pelo Novo Coronavírus, houve redução do acesso ao cuidado por pessoas com doenças crônicas (2). O objetivo desta revisão foi avaliar se pessoas com doenças crônicas se beneficiariam de cuidados domiciliares,

comparados a cuidados habituais, ambulatoriais.

Metodologia

Foram definidas como palavras chave: “Covid-19”; “Chronic Conditions”; “Home Care” ou “Home Care Services”; “Ambulatory Care”. Optou-se por não se incluir desfechos para evitar limitação excessiva de busca. Foi realizada como estratégia de busca a procura de unitermos a partir da pergunta PICO, e realizada busca reversa, limitando-os progressivamente a partir dos poucos resultados encontrados com todos os unitermos (Figura 1). A busca foi realizada no Repositório Mundial de periódicos e Artigos Científicos “PUBMED”. A proposta de busca inicial de evidências para classificação de artigos ocorreu sem quaisquer filtros. Não houve limitação quanto ao formato, tipo de artigo, data de publicação ou idioma. Apenas dois artigos apresentaram idiomas que não eram de domínio do revisor (Holandês e Chinês).

As buscas foram completadas: na “Oxford COVID-19 Evidence Service” do Centers of Evidence Based Medicine; no “National Covid-19 Clinical Evidence taskforce da Austrália”; no “The NIHR Policy Research Programme COVID-19: living map of the evidence”. Por fim, foram consultados websites de entidades científicas e governamentais, avaliados materiais recebidos via redes sociais e recuperadas recomendações específicas de Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil.

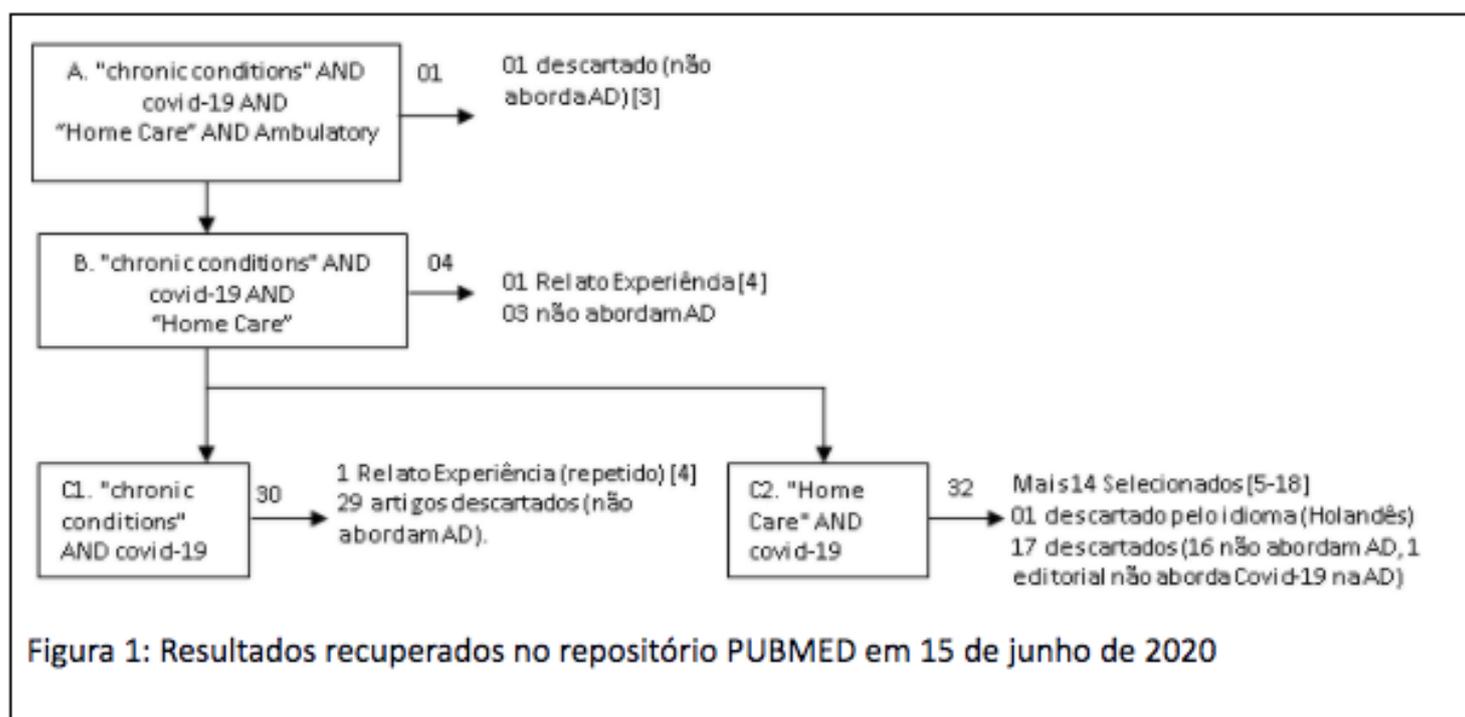
Resultados Artigos versaram sobre AD geral, realizada em Domicílios, “Hospices” e Instituições de Longa Permanência (ILP); apontaram linhas guia sobre cuidados paliativos, atenção ao idoso, assistência farmacêutica e nutrição enteral; representaram principalmente manifestações aos editores de periódicos (cartas e comentários), recomendações, apresentação relatos de experiência e uma revisão narrativa.



A Figura 1 apresenta a estratégia de busca e os resultados encontrados no Repositório PUBMED, sendo selecionados ao final 12 artigos a partir da busca com os unitermos selecionados. A busca em repositórios específicos de evidências para a Covid-19 gerou os seguintes resultados em:

- “Oxford COVID-19 Evidence Service” do Centers of Evidence Based Medicine: 5 resultados, dentre blogs e sugestão de artigos que não apontam inclusões importantes);
- “National Covid-19 Clinical Evidence taskforce da Austrália” (não foram encontradas informações sobre AD);
- “The NIHR Policy Research Programme COVID-19: living map of the evidence” (não foram encontradas citações de Artigos sobre Atenção Domiciliar).

A busca específica em sites governamentais recuperou uma recomendação técnica da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) sobre cuidados em AD, além de alguns apontamentos em protocolos municipais.



Na pesquisa mais seletiva (Box A da Figura 1), apenas um artigo foi recuperado, tratando-se de um artigo de opinião sobre funcionamento da rede de atenção à Saúde como um todo, não abordando especificamente AD, sendo por isso descartado (3).

Ao se excluir o termo “Ambulatory” para ampliar os resultados (Box 2 da Figura 1), recuperaram-se 4 artigos, nenhum dos quais abordava especificamente AD e Covid-19. Um artigo relatou a experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na África do Sul, na organização da distribuição de medicamentos (4); demais artigos não abordaram AD.

A pesquisa descrita no Box 3A – “chronic conditions” AND covid-19 – recupera 30 artigos, 26 a mais que a busca anterior, porém nenhum deles aborda especificamente AD.

Por fim, a busca do Box 3B – Covid-19 AND “Home Care” – recupera 32 artigos, dos quais 14 abordam a temática de cuidados domiciliares e Covid-19, porém com qualidade metodológica restrita a cartas (letters) ao editor, artigos de opinião, relatos de experiência e revisões narrativas, além de nenhum deles realizar comparações entre AD e cuidados ambulatoriais. Apenas um dos estudos avaliou especificamente AD para condições crônicas que não exigiam previamente cuidados domiciliares. Os resultados estão descritos a seguir:

Uma carta ao editor discorre sobre o uso de internação domiciliar para pessoas com problemas de saúde mental, avaliando positivamente esta estratégia para prevenção de recorrências e hospitalizações por recaída de surtos e crises, bem como estratégia de redução de exposição a Covid-19. Advogam que a presença de uma equipe para acompanhamento de Home Care em saúde mental antes da pandemia demonstraram “redução de

adultos com doenças mentais moderadas e graves, bem como reduziram o risco de hospitalização psiquiátrica convencional de adolescentes em crises psiquiátricas” (5).

Kunz & Minder (2020) apresentam uma “orientação geral” seguida de uma orientação sobre “tabela de medicamentos” a ser disponibilizada para Cuidados Paliativos a idosos em ILP ou domicílio, não discutindo o papel da AD na pandemia de Covid-19 (6).

Uma discussão sobre o fechamento dos cuidados na APS no pico da pandemia na Espanha sugere a necessidade de se manterem disponíveis serviços de AD, para evitar complicações, com a sugestão de associar tecnologias de comunicação ao cuidado (7).

O relato de um protocolo italiano da região da Toscana aponta o sistema “Doppio Triage” para Visita Domiciliar (VD) por equipe de cuidados paliativos a pessoas com câncer, que consiste em duas etapas: A) ligação para avaliar o risco de o paciente ter Covid-19 – que se positivo levaria a seguir os protocolos específicos da doença, evitando a visita da equipe de cuidados paliativos – seguido por B) protocolo de classificação de quadro clínico para determinar o aprazamento para a VD (8, 9). Outra carta ao editor sugere que a substituição de consultas hospitalares para pessoas com câncer, por teleatendimento e telecentro para dúvidas, se apresenta como opção ao cuidado tradicional sem, no entanto abordar especificamente a AD (10).

Algumas cartas ao editor discorrem sobre a manutenção da AD durante a pandemia em serviços de Home Care em Taiwan (11) e de cuidados domiciliares geriátricos (12). Nestes artigos, há a orientação de se manter pessoas que já se encontravam previamente em AD sem interrupções nestes cuidados.

Um Position Paper discute os desafios da nutrição parenteral em tempos de Covid-19, com estratégias para a manutenção da Nutrição Parenteral Domiciliar (13).

Alguns artigos referem-se aos diferentes atores ligados a AD: um artigo de opinião discorre sobre a equipe de cuidados domiciliares e o risco de contaminação, sugerindo que os cuidados de enfermagem poderiam ser substituídos ou associados e cuidados de base comunitária (14); outro artigo discute sobre “nursing homes” nos Estados Unidos que, embora não sejam cuidados específicos domiciliares, são papel das equipes de Atenção Domiciliar de nível 1, se as ILP estão no território de abrangência (15); um comentário discute cuidados domiciliares e sua sobrecarga sobre o cuidador familiar informal (16).

Um artigo sobre o que se convencionou chamar de quarta onda de sobrecarga faz uma reflexão sobre os desafios da morte nas ILP sem despedidas (17), enquanto Edelman et al (2020) (18) trazem a discussão sobre o uso de tecnologia nas ILP como opção ao cuidado presencial, apresentando integração de prontuários eletrônicos, telessaúde, aplicativos de comunicação visual para contato com pacientes e familiares.

Na consulta aos demais repositórios, destaca-se uma revisão sobre como conter pandemia em ILP, através de medidas relacionadas a higiene, descontaminação de ambientes, evitar rotação de equipe, restrição de visitas e testes para Covid-19 (19).

Foram analisados também os protocolos de cuidados do Ministério da Saúde para Atenção Primária (2) para Atenção Domiciliar (20) bem como protocolos municipais (21-24). Estes protocolos apontam que as VD tanto de serviços de APS ou de SAD devem ter sua periodicidade reduzida, ou avaliada previamente a partir de

contato telefônico ou de telemedicina, procurando identificar sintomáticos respiratórios (21).

Os protocolos sugerem estabelecer equipe mínima nas VD, fazendo ao mesmo tempo vigilância de casos e busca ativa, e visando a ampliação do distanciamento social de pacientes e familiares através de educação em saúde e minimização das consultas externas. Ao mesmo tempo, os SAD devem realizar desupalação e desospitalização visando à redução do risco de exposição desses pacientes à Covid-19, bem como para liberação de leitos hospitalares para ampliar a capacidade de resposta à pandemia (20, 21).

Na APS, a proposta é manter o teleatendimento, especialmente dos mais vulneráveis, mas não há recomendação específica sobre lançar mão das VD como estratégia para substituir o cuidado a pessoas com doenças crônicas. As VD na APS seriam mantidas também sob periodicidade menor, ou ainda substituídas ou triadas por teleatendimento. As recomendações não apontam evidências científicas que justifiquem tais recomendações (22, 23, 24).

Discussão:

A qualidade da evidência dos artigos sobre AD para Condições Crônicas durante a pandemia de Covid-19 é limitada. Os artigos recuperados e selecionados são em sua maioria cartas a editores ou artigos de opinião.

Além de um Position Statement sobre manutenção da Nutrição Enteral domiciliar durante a pandemia, e um relato de Experiência sobre o papel dos ACS na entrega de medicamentos, apenas um artigo defende a adoção de AD em substituição a cuidados hospitalares (portanto, não ambulatoriais) em Saúde Mental, na categoria de opinião de especialista.

Assim, não é possível comprovar ou afastar a possibilidade de usar a Atenção Domiciliar quando comparada ao Cuidado Ambulatorial para Pessoas com Condições Crônicas em tempos de Covid-19.

Entretanto, é necessário aprofundar-se no papel de serviços de AD como estratégia de cuidado para pessoas que não podem se locomover a Unidades de Saúde, tendo em vista que tanto as descompensações de questões crônicas – episódios agudos ou de agudizações – quanto a necessidade de manutenção do cuidado a elas, são foco de atenção, podendo gerar ondas futuras de sobrecarga ao serviço de saúde, caso não abordadas a contento.

Os artigos encontrados, a despeito da qualidade, defendem a manutenção de cuidados domiciliares para pessoas já sob esta modalidade de cuidado, como estratégia para evitar agravamento ou descompensação de condições crônicas. As recomendações de secretarias de saúde seguem esta orientação, estabelecendo uso de equipamentos de proteção para evitar contaminação no domicílio, orientação quanto a equipe reduzida nas VD, cuidados com a periodicidade, mas sem orientação específica quanto a VD a pessoas com doenças crônicas, sugerindo o uso de tele saúde, de contatos telefônicos e de aplicativos de mensagens.

Conclusão

Não há evidências suficientes para se descartar ou recomendar cuidados domiciliares em substituição a cuidados ambulatoriais para pessoas vivendo com condições crônicas de saúde, como estratégia para reduzir o risco de contaminação por Covid-19. Aparentemente a combinação de cuidados ambulatoriais, cuidados domiciliares e ampliação das tecnologias de comunicação, devem ser definidos caso-a-caso, em associação, e mediante pactuação de familiares e equipes de saúde, notadamente lançando mão do trabalho dos ACS.

As evidências sugerem que a manutenção do atendimento em casa para pessoas que previamente já estavam sob regime de AD é benéfica, e que os cuidados domiciliares podem se beneficiar de tecnologias da comunicação, tais como telecentros, telemedicina e teletriagem.

As evidências que sustentam estas recomendações são baseadas em relatos de experiências, opinião de especialistas e artigos não experimentais, o que limita as recomendações neste sentido.

Sugere-se que se avalie cautelosamente cada cenário antes de se tomar decisões. Sugere-se ainda o aprofundamento desta avaliação através de pesquisas clínico-epidemiológicas para definir o papel da AD frente a pessoas com doenças crônicas sob distanciamento social. Sugere-se por fim o aprofundamento desta análise para a além da pandemia atual, avaliando cenários de surtos ou epidemias nacionais de doenças respiratórias pregressas, nas quais os cuidados domiciliares foram mantidos ou iniciados.

Referências:

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 825 de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet]. diário Oficial da União; 2016. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/d01-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2020. [Recurso Eletrônico] Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/05/20200504-ProtocoloManejo-ver09.pdf> Acesso 20 mai 2020.

3 - Basu S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. Indian J Med Ethics. 2020;V(2):103-105. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.041>



4 - Brey Z, Mash R, Goliath C, Roman D. Home delivery of medication during Coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-e4. Published 2020 Jun 4. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2449>

5 - Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, Vieta E. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* 141(5) 479-480, 2020. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>

6 - Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20235. Published 2020 Mar 24. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20235>

7 - Ramón Martínez Riera J, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y covid-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enfermería Clínica* (2020). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>

8 - Porzio, Giampiero; Peris, Flaminia; Ravoni, Giulio; Colpani, Emilia; Cecchi, Martina; Parretti, Giulia; Cortellini, Alessio. Cure domiciliari oncologiche nel corso dell'epidemia da CoViD-19. *Recenti Prog Med* ; 111(4): 257-258, 2020 Apr. ID: mdl-32319448

9 - Porzio G, Cortellini A, Bruera E, et al. Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e5-e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021>

10 - Salako O, Okunade K, Allsop M, Habeebu M, Teye M, Oluyede G, Fagbenro G, Salako B. Upheaval in cancer care during the COVID-19 outbreak. *Ecancermedicalscience.* 2020 Apr 1;14:ed97. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.ed97>. PMID: 32269597; PMCID: PMC7134578.

11 - Tseng, T. G., Wu, H. L., Ku, H. C., & Tai, C. J. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Disabled and Hospice Home Care Patients. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, glaa081. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa081>

12 - Borhaninejad V, Rashedi V. COVID-19 Pandemic: Opportunity to Advanced Home Care for Older Adults [published online ahead of print, 2020 Jun 1]. *J Gerontol Soc Work.* 2020;1-2. doi:10.1080/01634372.2020.176979

13 - Lal S, Van Gossum A, Joly F, et al. Considerations for the management of home parenteral nutrition during the SARS-CoV-2 pandemic: A position paper from the Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN [published online ahead of print, 2020 May 28]. *Clin Nutr.* 2020;S0261-5614(20)30258-2. doi:10.1016/j.clnu.2020.05.023



14 - Mahoney KJ. Self-Direction of Home and Community-Based Services in the Time of COVID-19, Journal of Gerontological Social Work <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1774833>.

15 - Grabowski DC, Mor V. Nursing Home Care in Crisis in the Wake of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 May 22]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.8524. doi:10.1001/jama.2020.8524

16 - Chan EYY, Gobat N, Kim JH, et al. Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 Jun 1]. Lancet. 2020;S0140-6736(20)31254-X. doi:10.1016/S0140-6736(20)31254-X

17 - Husebø BS, Berge LI. Intensive Medicine and Nursing Home Care in Times of SARS CoV-2: A Norwegian Perspective [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;S1064-7481(20)30307-9. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.016>

18 - Edelman, L. S., McConnell, E. S., Kennerly, S. M., Alderden, J., Horn, S. D., & Yap, T. L. (2020). Mitigating the Effects of a Pandemic: Facilitating Improved Nursing Home Care Delivery Through Technology. JMIR aging, 3(1), e20110. <https://doi.org/10.2196/20110>.

19 - Koshkouei M, Abel L, Pilbeam C. How can pandemic spreads be contained in care homes? April 14, 2020 Oxford COVID-19 Evidence Service Team. Available at <https://www.cebm.net/covid-19/how-can-pandemic-spreads-be-contained-in-care-homes>

20 - Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 9, sobre Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19) disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf>

21 - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Nota Técnica COVID-19 nº 011/2020. Recomendações para adequação das atividades do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2. Belo Horizonte-MG, CIEVS/ GVIGE/ DPSV/ GEAPS/ GEURE/ GERRC/ GEASF/ DIAS/ GCINT/ DMAC/ SMSA/ PBH, 24 de março de 2020. Disponível https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n011_2020.pdf

22 - Prefeitura Municipal de Florianópolis. Guia para profissionais de saúde da Atenção Primária COVID-19 Practical Approach to Care Kit (PACK). Florianópolis-SC: Secretaria Municipal de Saúde. Versão 2: 11/05/2020. Online. Disponível <http://bit.ly/covid19floripa>

23 - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Nota Técnica COVID-19 nº 007/2020 - Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-COV-2. Belo Horizonte-MG, CIEVS/ GVIGE/ DPSV/ GEAPS/ GEURE/ GERRC/ GEASF/ DIAS/ GCINT/ DMAC/ SMSA/ PBH, 17 de março de 2020. Disponível https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n007_2020.pdf

24 - Prefeitura municipal de Araguaína. Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento pelo Novo Coronavírus COVID-19. Araguaína-TO: SMS, 2020. Disponível <https://araguaina.to.gov.br/portal/pdf/PlanodeContingenciaAragua%C3%ADna2v.pdf>

14. Qual o ponto do corte da saturação de oxigênio para solicitar a transferência de um paciente indígena de aldeia (em áreas remotas) para a cidade ou hospital e o que pode ser feito até essa transferência?

Autoria: Clayton de Carvalho Coelho
Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: Não há uma regra geral para a indicação de remoção de indígenas de seus territórios, diante da grande diversidade de situações encontradas no país. Deverão ser levados em consideração características como a estrutura para assistência e isolamento no território, distância e meio de transporte a ser utilizado e as condições clínicas do paciente. Usando a experiência anterior com as Síndromes Respiratórias Agudas Graves, baixa saturação de O₂ na oximetria e taquipneia são critérios de gravidade necessitando de suporte com oxigenoterapia.

Questão complexa, que chama atenção para a diversidade de situações que comumente encontramos na saúde indígena. Para tomada de decisão devem ser levados fatores como a presença de profissional qualificado junto ao paciente em tempo integral, distância até o município de referência, meio de transporte a ser utilizado e o tipo de instalação existente no local, entre outros (1,2).

Com o objetivo de oferecer atendimento resolutivo e reduzir encaminhamentos durante a pandemia a SESAI (Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena) estabeleceu a chamada Estratégia UAPI (Unidades de Atenção Primária Indígena – COVID-19)(3).

As UAPI são previstas como locais dentro da área indígena onde os casos suspeitos e confirmados de Covid 19 possam ser mantidos em isolamento e cuidados pela EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) com uma estrutura de suporte até a alta ou remoção para municípios de referência, quando necessário. Em alguns DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) amazônicos as UAPI estão sendo estruturadas com equipamentos para suporte aos casos moderados e graves com oxigênio e monitoramento da evolução clínica, para permitir remoções tempestivas (3).

A oxigenoterapia pode ser um elemento chave na redução da morbimortalidade em áreas remotas, tanto por permitir suporte para uma parcela dos pacientes que poderia excluir a necessidade de remoção, quanto, garantir um mínimo de estabilidade respiratória, naqueles casos nos quais a remoção for inevitável.

Existem poucos estudos clínicos disponíveis sobre a suplementação de oxigênio no contexto específico da COVID 19, mas baseado na experiência prévia com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a oxigenioterapia é considerada como primeira linha para tratamento da hipóxia, trabalhando com uma meta de entre 92 e 96% de SpO2 em adultos (3), utilizando a suplementação de oxigênio (4,5), aliada à meta de frequência respiratória abaixo de 24 ipm.

A suplementação de O2, deve ser realizada preferencialmente por meio de cateter tipo óculos (permite FiO2 de até 40% a 5l/min) ou por meio de máscara concentradora, com reservatório, sem reinalação (permite se alcançar FiO2 de quase 100% a 15 L/min)(6).

Referências:

1 - Azevedo M, Damasco F, Antunes M, Martins MH, Rebouças MP . Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid 19. NEPO, UNICAMP, abril 2020. Disponível em <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>

2 - FIOCRUZ. Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância Epidemiológica do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV 1 Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 2 - Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica; 4º relatório - 18 abril 2020. Disponível em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorios_tecnicos_-_covid-19_procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200419-indigenas.pdf

3 - Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. SESAI UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA INDÍGENA (UAPI) DA COVID-19 Versão 1 - 25 de maio de 2020. Brasília-DF disponível em <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIBhh>

5 - Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. JAMA. 2020;323(15):1488–1494. doi:10.1001/jama.2020.3204

6 - Kovacs G, Sowers N, Campbell S, French J, Atkinson P. Just the Facts: Airway management during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. 2020. CJEM, 1-5. doi:10.1017/cem.2020.353

7 - Osborn L, Meyer D, Dahm P, Ferguson B, Cabrera R, Sanger D, Mock M, Herrera T, Mader S, Ostrosky-Zeichner L, Integration of aeromedicine in the response to the COVID-19 pandemic, Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 10.1002/emp2.12117, 0, 0, (2020).

8 - Long B, Liang S, Hicks C, Gottlieb M. Just the Facts: What are the roles of oxygen escalation and noninvasive ventilation in COVID-19?.2020. CJEM, 1-4. doi:10.1017/cem.2020.396

9 - Wilcox SR. Management of respiratory failure due to covid-19 Pathology and management are similar to acute respiratory distress syndrome BMJ 2020;369:m1786 doi: 10.1136/bmj.m1786 (Published 4 May 2020)

15. Quais são e como realizar o manejo dos principais sintomas de pessoas em cuidados paliativos em tempos de pandemia?

Autoria: Arthur Fernandes da Silva, Érika Aguiar Lara Pereira, Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo, Luciana Pinto Saavedra, Marco Tulio Aguiar Mourão Ribeiro

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: Diversos sintomas desconfortáveis podem se apresentar sobre pessoas em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, como dispneia, dor, delirium ou agitação, febre, tosse, boca seca e sonolência. Na atual pandemia por COVID-19 isso parece estar se exacerbando, mas há plena possibilidade de manejo desses sintomas pela MFC na APS.

O médico de família e comunidade, que conhece e faz parte do seu território na APS, tem amplas possibilidades de compreender a contexto saúde-doença-adoecimento de pacientes e familiares. Assim, é capaz de pensar soluções para problemas de forma mais objetiva, incluindo a equipe de saúde da família e identificando e valores e preferências dos indivíduos. Diversos sintomas desconfortáveis podem se apresentar sobre pessoas em cuidados paliativos na APS, como dispneia, dor, delirium ou agitação, febre, tosse, boca seca e sonolência.

Seu manejo, com foco na Covid-19, pode ser consultado de forma rápida em duas referências objetivas, como a Tabela 1 disponibilizada neste material da Swiss Medical Weekly, e os flashcards e aplicações para smartphone (2, 3) disponibilizados pelo grupo de paliativistas do Dana-Farber Cancer Institute e Brigham Women's Hospital em, ambos em Massachusetts (EUA).

Uma série de casos de 101 pacientes com Covid-19 admitidos para tratamento em unidade hospitalar de cuidados paliativos no Reino Unido apontou que a maioria foi encaminhada para apoio ao fim de vida ou para controle de sintomas, sendo os mais frequentes: dispneia, agitação, sonolência e dor. Um elemento positivo dessa série é o relato de que mais da metade dos pacientes obteve controle dos sintomas com doses baixas de opioides (e.g. morfina 10mg/24h) ou benzodiazepínicos (e.g. midazolam 10mg/24h) em aplicação subcutânea (4).

Uma dúvida recorrente, considerando a infecção respiratória pelo novo coronavírus, o SARS-Cov-2, é o uso de oxigenoterapia para complementar o tratamento. Sabe-se que, em cuidados paliativos, o uso de oxigênio suplementar está indicado somente nos casos de hipóxia sintomática (habitualmente, SpO₂ < 88-90%), não havendo evidências de que seu uso contribui para o controle da dispneia, um dos principais sintomas desagradáveis. Estudos no contexto da pandemia pelo novo coronavírus não têm apontado benefícios desse uso também nesses pacientes em âmbito domiciliar. Além disso, há que se considerar a disponibilidade de oxigênio domiciliar e a validade dessa medida em termos de custo-efetividade (5).

Confira tabela complementar na página a seguir:



Tabela 1: Guia prático para manejo dos principais sintomas em pacientes frágeis e/ou idosos em domicílio. Traduzida e adaptada de Kunz e Minder (1) e de Thomas J et al (2).

Sintoma	Manejo farmacológico ¹	Manejo não-farmacológico
Delirium hiperativo	Reduzir BZD/anticolinérgicos Haloperidol: 0,5-1mg EV ou 1-2mg VO 6/6h e 1-2mg 2/2 SN, máx. 20mg VO/dia Olanzapina: 2,5g-5mg VO/SL/EV 12/12h e 2,5mg 4/4 SN, máx. 30mg/dia	Iluminação natural de dia e reduzir iluminação à noite; reforço frequente da orientação temporo-especial
Febre	Paracetamol: 500mg 6/6h Dipirona: 500-1000mg 6/6h	
Xerostomia	Higiene oral adequada	Hidratação artificial não está indicada e pode piorar o desconforto
Náusea e vômitos	Metoclopramida 10mg 6/6h Domperidona 10mg 6/6h	
Ansiedade	Clonazepam: 1-2mg VO 1/1h SN	
Dispneia	Opioides são o padrão-ouro (ver item Dor)	Considerar (principalmente se associação com ansiedade): Clonazepam: 1-2mg VO 1/1h SN Haloperidol: 1-2mg EV 2/2h SN Olanzapina: 2,5-5mg VO 6/6h SN
Constipação	Senne: 2 cáps VO 1x/dia até 3x/dia SN Bisacodil: 5mg VR 1x/dia	
Hipersecreção de vias aéreas	Hioscina: 10-20mg 8/8h até 4/4h	Reduzir hidratação artificial Otimizar alimentação e priorizar dieta de conforto, se indicado
Dor	<p><i>Paciente virgem de opioide:</i> Morfina ** : 2,5-5mg VO 4/4h SN (usar doses menores se apenas dispneia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se o sintoma retorna logo que o efeito passa, manter de 4/4h fixo e usar a mesma dose até de 1/1h SN (resgates). Ajustar dose diária total de usando (dose prévia + total de resgates no dia anterior) de 4/4h ou considerando aumentos de 10 a 20% na dose prévia. <p>** reduzir a dose inicial de morfina pela metade de paciente com taxa de filtração glomerular abaixo de 50 ou idosos acima de 65 anos</p> <p><i>Paciente em uso prévio de opioide:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Checar realização de resgates a cada 1h se sintoma descontrolado e ajustar dose diária somando os resgates do dia anterior e dividindo de 4/4h ou aumentar dose anterior em 20-30%. 	

1 - A via subcutânea pode ser usada para evitar punções venosas repetidas e aumentar o conforto; um enfermeiro pode puncionar, com scalp butterfly, cerca dois dedos abaixo da clavícula e instalar o acesso e a família pode ser orientada na administração das soluções já preparadas e disponibilizadas regularmente pela equipe de saúde. Clique aqui para um guia para uso da via subcutânea (6)

Referências:

- 1 - Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20235. Published 2020 Mar 24. doi.org/10.4414/smw.2020.20235
- 2 - Thomas J et al. (2020). Development of a Palliative Care Toolkit for the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*.2020; S0885-3924(20)30425-5. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.021
- 3 - Zhang M, Landman A, Lai L, Pellecer J, Sato R. Pallicovid [Internet]. Pallicovid. 2020 [cited 2020 Jul 11]. Available from: <https://pallicovid.app/>
- 4 - Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care [published online ahead of print, 2020 Apr 20]. *J Pain Symptom Manage*. 2020;S0885-3924(20)30211-6. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015Centre for Evidence-Based Medicine [página na internet].
- 5 - Centre for Evidence-Based Medicine - Is oxygen an effective treatment option to alleviate the symptoms of breathlessness for patients dying with COVID-19 and what are the potential harms? [acesso em 01 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/is-oxygen-an-effective-treatment-option-to-alleviate-the-symptoms-of-breathlessness-for-patients-dying-with-covid-19-and-what-are-the-potential-harms/>
- 6 - Azevedo DL, editor. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos [Internet]. 1st ed. Rio de Janeiro - Brasil: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2016. 56 p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>



Diretoria SBMFC gestão 2020-2022

Presidente: Daniel Knupp Augusto

Vice-Presidente/Secretária Geral: Samantha Pereira França

Diretor Administrativo e Financeiro: Nulvio Lermen Junior

Diretora de Comunicação: Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

Diretor de Titulação e Certificação: Jardel Corrêa de Oliveira

Diretor de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho:
Rodrigo Bandeira De Lima

Diretora de Medicina Rural: Magda Moura de Almeida

Diretor de Graduação e Pós-Graduação Strictu Sensu:
André Ferreira Lopes

Departamento de Graduação: André Luiz da Silva

Diretor Científico e de Desenvolvimento Profissional Contínuo (interino):
Flávio Dias Silva

Departamento de Educação Permanente: Marcello Dala Bernardina Dalla

Departamento de Publicação: Gustavo Gusso

Departamento de Pesquisa: Daniel Ricardo Soranz Pinto

Diretora de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu: Isabel Brandão
Correia

Departamento De Residência: Bárbara Cristina Barreiros

Departamento de especialização: Flávio Dias Silva





Grupo Técnico para Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de COVID-19

Coordenação: Airton Stein, Daniel Knupp e Rogerio Luz Coelho Neto

Membros indicados pelos Grupos de Trabalho e Diretoria da SBMFC:

Ademir Lopes Júnior (GT Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos)

<http://lattes.cnpq.br/2781469358423435>

Airton Tetelbom Stein (GT Diretrizes Clínicas)

<http://lattes.cnpq.br/2762761928704612>

Andreia Beatriz Silva dos Santos (GT em Saúde Prisional)

<http://lattes.cnpq.br/4323743557774388>

Beatriz Zampar (GT Saúde dos homens)

<http://lattes.cnpq.br/9221057734253275>

Camila Vescovi Lima (GT Saúde Planetária)

<http://lattes.cnpq.br/7703539930368045>

Carolina Lopes de Lima Reigada (GT Mulheres na MFC)

<http://lattes.cnpq.br/7845295829367920>

Clayton de Carvalho Coelho (GIE Saúde Indígena)

<http://lattes.cnpq.br/2721697023058325>

Daniel Knupp Augusto (SBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/5944337617574502>





Daniel Soranz (SBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/1440432961429711>

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira (SBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/5210814709964194>

Euclides Colaço Melo dos Passos (GT de Saúde Mental)

<http://lattes.cnpq.br/0286251490524554>

Fernanda Porfírio (GT de Dor)

<http://lattes.cnpq.br/8196431588980774>

Fernando Henrique Silva Amorim (GT Saúde Suplementar)

Gabriel Glebocki (GT Saúde Digital)

<http://lattes.cnpq.br/7606001893169376>

Giuliano Dimarzio (SBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/0211118771389201>

Gustavo Valadares Labanca Reis (GT Ensino)

<http://lattes.cnpq.br/6408732950608530>

Isaac Luís Silveira Ferro (GT Problemas respiratórios)

<http://lattes.cnpq.br/7072680745725732>

Leonardo Cançado Monteiro Savassi (GT de Atenção Domiciliar)

<http://lattes.cnpq.br/3650989593840814>

Leonardo Ferreira Fontenelle (RBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/9234772336296638>





Mayara Floss (GT Medicina Rural)

<http://lattes.cnpq.br/4245344275765806>

Rita Helena Borret (GT Saúde da População Negra)

<http://lattes.cnpq.br/1392666717649342>

Rogério Luz Coelho Neto (GT de Acesso)

<http://lattes.cnpq.br/4888754344887176>

Thiago Dias Sarti (RBMFC)

<http://lattes.cnpq.br/7489127535403969>





Outros autores e revisores presentes nessa edição:

Alexandre C. Calandrini

<http://lattes.cnpq.br/9078408223397855>

Arthur Fernandes

<http://lattes.cnpq.br/6675934720423453>

Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro Smiderle

<http://lattes.cnpq.br/0165896707072206>

Eno Dias de Castro Filho

<http://lattes.cnpq.br/8821573065224229>

Enrique Falceto Barros

<http://lattes.cnpq.br/1956836672548703>

Erika Aguiar Lara Pereira

<http://lattes.cnpq.br/0846891412712070>

Gabriela Hidalgo

<http://lattes.cnpq.br/3012662780540204>

Jéssica Leão

<http://lattes.cnpq.br/1952449434594708>

Luciana Saavedra

<http://lattes.cnpq.br/3328749492562132>

Marco Tulio

<http://lattes.cnpq.br/9198144232790180>





Melanie Noël Maia

<http://lattes.cnpq.br/3054074451725081>

Nelzair Araújo Vianna

Lattes <http://lattes.cnpq.br/8009912752085174>

Diagramação:

Ana Carolina D'Angelis Santos

Assessoria de Comunicação da SBMFC

Revisão geral:

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

Diretora de Comunicação da SBMFC

