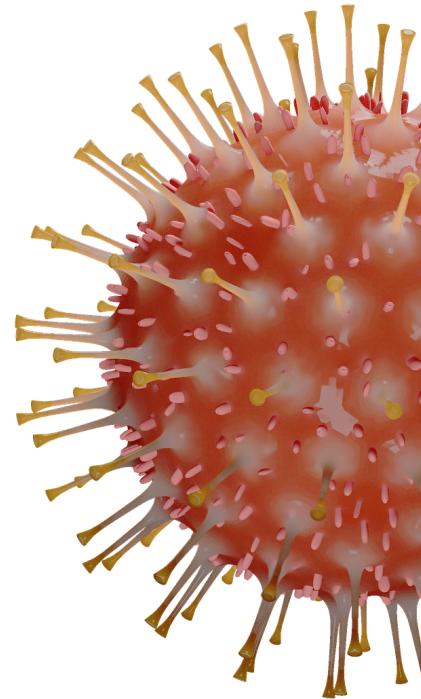




Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

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



Documento que responde questões e emite 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

31 de maio de 2021



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Recomendações da SBMFC para a APS durante a
pandemia de COVID-19 [livro eletrônico] /
organização Ricardo Heinzemann , Rogerio Luz
Coelho Neto. -- 4. ed. -- Rio de Janeiro :
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
Comunidade, 2021.

PDF

Vários colaboradores.
ISBN 978-65-995356-0-4

1. Coronavírus (COVID-19) - Prevenção 2.
Coronavírus (COVID-19) - Aspectos da saúde I.
Heinzemann, Ricardo. II. Neto, Rogerio Luz Coelho.

21-70053

CDD-614.44

Índices para catálogo sistemático:

1. COVID-19 : Pandemia : Controle e prevenção :
Saúde pública 614.44

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



Gestão 2020-2022

Presidente - Zeliete Linhares Leite Zambon

Vice-Presidente - Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Secretário Geral- Marcos Filipe Rodrigues Bosquiero

Diretoria Administrativo e Financeiro - José de Almeida Castro Filho

Diretoria de Comunicação - Julia Barban Morelli Rosas

Diretoria de Titulação e Certificação - Igor Tavares da Silva Chaves

Diretoria de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho - Alexandre Teles

Diretoria de Medicina Rural - Leandro Araujo

Diretoria de Graduação e Pós-Graduação Strictu Sensu - Ricardo Souza Heinzelmann

Departamento de Graduação - Alexandre José de Melo Neto

Departamento de Pós-Graduação stricto - Fabiano Guimarães

Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo - Maria Inez Padula Anderson

Departamento de Educação Permanente - Bárbara Luiza Rosa

Departamento de Publicação - Leonardo Cançado Savassi

Departamento de Pesquisa - Andreia Beatriz Santos

Diretoria de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu - Lucas Gaspar Ribeiro -

Departamento de Residência - Marcos Asas

Departamento de especialização - Wandson Alves Ribeiro Padilha

Diretoria residente - Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini (Suplente)

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

Coordenação: Ricardo Heinzemann e Rogerio Luz Coelho Neto

Membros indicados pelos Grupos de Trabalho e Diretoria da SBMFC:

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

Airton Tetelbom Stein (GT Diretrizes Clínicas)

Andreia Beatriz Silva dos Santos (GT em Saúde Prisional)

Beatriz Zampar (GT Saúde dos homens)

Camila Vescovi Lima (GT Saúde Planetária)

Carolina Lopes de Lima Reigada (GT Mulheres na MFC)

Clayton de Carvalho Coelho (GIE Saúde Indígena)

Daniel Knupp Augusto (GT de Pesquisa)

Daniel Soranz (GT de Pesquisa)

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira (GT Mulheres na MFC)

Euclides Colaço Melo dos Passos (GT de Saúde Mental)

Fabiano Gonçalves (SBMFC)

Fernanda Porfírio (GT de Dor)

Gustavo Valadares Labanca Reis (GT Ensino)

Isaac Luís Silveira Ferro (GT Problemas respiratórios)

Leonardo Cançado Monteiro Savassi (GT de Atenção Domiciliar)

Leonardo Ferreira Fontenelle (RBMFC)

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro (SBMFC)

Mayara Floss (GT Medicina Rural)

Ricardo Heinzemann (SBMFC)

Rita Helena Borret (GT Saúde da População Negra)

Rogério Luz Coelho Neto (GT de Acesso)

Thiago Dias Sarti (RBMFC)

Zeliete Linhares Leite Zambon (SBMFC)

Outros autores e revisores presentes nessa edição:

Alexandre C. Calandrini

Ana Carolina Mignot Rocha

Arthur Fernandes

Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro Smiderle

Eno Dias de Castro Filho

Enrique Falceto Barros

Erika Aguiar Lara Pereira

Gabriela Hidalgo

Jéssica Leão

Luciana Saavedra

Melanie Noël Maia

Nelzair Araújo Vianna

Otávio Amancio da Silva

Diagramação:

Ana Carolina D'Angelis Santos

Assessoria de Comunicação da SBMFC

Revisão geral:

Ricardo Heinzemann

Diretor de Graduação e Pós-graduação Strictu Sensu da SBMFC e
coordenador do Grupo Técnico Covid-19

Apresentação

O Brasil neste mês de maio de 2021 chegou a triste marca de 450 mil vítimas da COVID19, novamente alcançando uma média de mais de 2 mil mortes por dia nesta última semana do mês. A maioria das capitais e grandes centros voltam a ter uma ameaça de colapso dos seus sistemas de saúde. Infelizmente o ritmo de vacinação segue muito lento, impedindo o melhor nível de proteção da nossa população. Sabemos que milhares de mortes poderiam ter sido evitadas se medidas governamentais de combate à pandemia, com devida atenção às iniquidades sócio-raciais que estruturam o país, fossem adotadas ainda em 2020.

Neste cenário, médicas e médicos de família e comunidade e demais colegas profissionais de saúde há mais de um ano seguem buscando ofertar o cuidado necessário nas Unidades Básicas de Saúde, apesar de tantos cortes de

recursos para o Sistema Único de Saúde em 2020 e 2021.

Neste momento, maior investimento e maior agilidade devem ser prioridade para garantir a vacinação (onde o Brasil tem se mostrado de uma ineficiência atroz) acelerando o seu ritmo principalmente para as populações dos grupos de risco e mais vulneráveis, buscando promover equidade sócio-racial.

Vale lembrar que a vacina não impede a transmissão de vírus de uma pessoa para outra, mas sim o agravamento dos casos. Assim, é necessário, em paralelo, reforçar as ações de isolamento social, o uso de máscaras e voltar a ampliar a realização de testes diagnósticos. Fundamental também são as ações das equipes de saúde da família/atenção primária à saúde em parceria com a vigilância epidemiológica

nos territórios. Além disso, garantir o pagamento do auxílio emergencial até o final da pandemia, evitando assim a ampliação desta tragédia social que o Brasil já vivência.

Buscando seguir apoiando as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, a SBMFC lança a 4ª edição revisada das Recomendações para a APS durante a pandemia de COVID19. Estas recomendações foram pesquisadas e elaboradas com o apoio de todos os Grupos de Trabalho da SBMFC. Mais uma vez agradecemos a todos os envolvidos neste novo esforço de revisão e atualização. Seguiremos em constante processo de revisão e atualização e em breve lançaremos uma nova edição com recomendações inéditas.

Reiteramos que o momento é de buscar a união do nosso país para o enfrentamento desta maior tragédia sanitária de nossa história.

A vida está em primeiro lugar! O Brasil precisa do SUS!

Perguntas

1. Em pessoas com COVID-19 justifica-se o uso de hidroxicloroquina, cloroquina e/ou azitromicina? _____10
2. O tabagismo ativo é um fator de risco associado à gravidade da COVID 19? ____14
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? _____16
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? _____24
5. No contexto atual, como manter a saúde mental e evitar quadros de estafa e desgaste psíquico dos trabalhadores da saúde? _____33
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? _____38
7. Há evidência de que Ivermectina ou Nitazoxanida (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19? _____45
8. O telemonitoramento de pessoas com insuficiência cardíaca melhora desfechos clínicos? _____51

9. Há evidência de que Vitamina D (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19? _____ 56
10. Há evidência de que Zinco (qualquer formulação ou dose) previne a infecção ou auxilie no tratamento da COVID-19? _____ 60
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? _____ 64
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? _____ 71
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? _____ 78
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? _____ 86
15. Quais são e como realizar o manejo dos principais sintomas de pessoas em cuidados paliativos em tempos de pandemia? _____ 90
16. Em gestantes e lactantes, a vacinação contra COVID-19, em comparação à não vacinação, deve ser recomendada? _____ 94
17. Qual o papel das máscaras de pano, tecido, cirúrgicas n95 na pandemia da COVID-19? _____ 103

Recomendações

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

Autoria: Daniel Knupp Augusto e Ricardo Souza Heinzemann

Revisão: Fernando Amorim e Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: *As atuais evidências não recomendam a utilização de hidroxicloroquina, cloroquina ou azitromicina, isoladamente ou em associações, no tratamento de pessoas com COVID-19. O uso destas substâncias, podem, inclusive, estar associado a mais efeitos adversos.*

Vale ressaltar inicialmente que, no afã de se encontrar uma medicação efetiva no tratamento de COVID-19, tem-se produzido evidências de valor duvidoso, sem robustez científica para justificar a sua utilização clínica.

Portanto, para elaborar esta recomendação optou-se por analisar revisões sistemáticas 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 hidroxicloroquina, cloroquina, azitromicina ou suas associações no tratamento de COVID-19.

Também foram avaliados ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais analisando o uso de hidroxicloroquina em quadros leve a moderados de COVID-19 ou em indivíduos com síndrome respiratória aguda grave por SARS-CoV-2 (5, 6, 7, 8).

Nestes estudos o uso de hidroxicloroquina não foi superior ao placebo e foi associado a mais efeitos adversos.

Em ensaio clínico randomizado publicado na JAMA (10) tendo sua amostra de pacientes do Brasil em acompanhamento ambulatorial, mostrou que o uso de hidroxicloroquina não reduziu de forma estatisticamente significativa hospitalizações por COVID19 quando comparado com o uso de placebo. Somando-se às evidências crescentes de que a Hidroxicloroquina não deve ser usada para o tratamento de COVID-19.

Em estudo recente, publicado em abril de 2021, uma importante Meta-análise (9) que reuniu 28 ensaios clínicos randomizados publicados - e ainda não publicados - apresenta um novo aspecto em relação ao uso da Hidroxicloroquina: o tratamento com Hidroxicloroquina foi associado a maior mortalidade em

pacientes com COVID19 e não houve benefícios com tratamento com Cloroquina.

No momento, a Organização Mundial de Saúde (11), bem como as principais sociedades médicas internacionais não recomendam a profilaxia ou tratamento precoce com medicamentos, a exemplo da Cloroquina/hidroxicloroquina associada ou não à Azitromicina.

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-antibiotics-for-treatment-of-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.cnn.com/2020/06/03/world-health-organization-resumes-coronavirus-trial-on-malaria-drug-hydroxychloroquine-after-safety-concerns.html>

9 - Axfors, C., Schmitt, A.M., Janiaud, P. et al. Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials. Nat Commun 12, 2349 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22446-z>

10 - Reis G, Moreira Silva EADS, Medeiros Silva DC, et al. Effect of Early Treatment With Hydroxychloroquine or Lopinavir and Ritonavir on Risk of Hospitalization Among Patients With COVID-19: The TOGETHER Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e216468. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.6468

11 - Therapeutics and COVID-19 – living guideline. World Health Organization, 31 de março de 2021. Disponível em < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340374/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >.

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

Autoria: Daniel Knupp 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 mantém 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 referido 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 Smiderle

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto, Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

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 (1,2,3,4). 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 (1,2,4), mesmo nos momentos em que a sociedade adota diferentes estratégias de abandono do confinamento, graduais ou não (4). Esse dado torna-se mais preocupante com o

possível desmonte ou enfraquecimento de estruturas de proteção à mulher, tanto comunitárias quanto governamentais (1).

De fato, no momento em que os serviços passam por ajuste do funcionamento de acordo com a evolução da pandemia, impactos imediatos dessas medidas passam a ser percebidos especialmente no ambiente doméstico e requerem especial atenção no que se relaciona às desigualdades sociais na sociedade brasileira, que incluem o racismo e o sexismo estruturais (4), acometendo as famílias de maneira heterogênea, conforme diferentes marcadores sociais (4,5). Perceber os grupos com maior vulnerabilidade (e mais expostos ao adoecimento e à violência) é papel fundamental para profissionais envolvidos/as no cuidado à saúde (5).

Os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm atuação fundamental frente à promoção, prevenção e controle de

agravos; a partir da orientação comunitária (6) e sendo membros da comunidade, são estratégicos/as na identificação de situações de violência intrafamiliar, entretanto, muitas vezes se sentem inseguros e despreparados/as para tal abordagem, limitando sua capacidade de reconhecimento e atuação frente à situação. De fato, percebe-se preparo insuficiente para a categoria e equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) no geral para a abordagem de situações de violência de gênero no serviço de saúde, além de limitações próprias dos serviços, especialmente em adaptações que priorizam o atendimento de pessoas com síndrome gripal, e da integração deste com outros equipamentos, levando à baixa resolutividade (7,8,9,10,11,12).

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 (13,14). O Disque 100 é um serviço de denúncia de violações de direitos humanos e iniciou canal para atender diretamente denúncias sobre violações de direitos humanos referentes à COVID-19, estendendo o acesso a esse canal a brasileiros/as que residem no exterior, tendo recebido elevado número de ligações/denúncias logo nos primeiros dias (15).

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 (14), 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/as ACS na detecção dessas situações 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/a profissional saiba identificar essa possível agenda oculta durante o contato com a mulher, com especial atenção no contexto da pandemia (16,17).

As ESF podem protagonizar, na unidade de saúde e no território, junto à comunidade, ações e campanhas contra a violência de gênero, atuações junto a organizações comunitárias da sociedade civil e de mulheres, com adoção de um enfoque interseccional, alcançando as diferentes mulheres, com atenção às iniquidades sócio-raciais (4,18).

Além disso, a Organização das Nações Unidas (ONU) 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) (2).

Abrigos e demais serviços para mulheres em situação de violência devem ser considerados essenciais e permanecer abertos durante a pandemia (2,4) - a Lei 14.022 (19), de 7 de julho de 2020, incluiu serviços de atendimento às mulheres como essenciais (4). Deve-se lembrar que, no contexto da pandemia, as vias de atendimento usuais podem estar comprometidas, sendo importante refletir sobre formas alternativas de

abordagem (4). No Reino Unido, há uma diretriz para abordagem segura de mulheres em situações de violência através de ligações telefônicas ou de vídeo (20).

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 de ACS e demais integrantes da equipe para monitorar estas mulheres pode ser uma ação recomendada, inclusive porque, em situações de isolamento social, as mulheres podem ter maiores dificuldades para chegar aos serviços. O planejamento de estratégias de busca e acompanhamento deve considerar características que podem ser conhecidas pela equipe, como diferenças de raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero, ter deficiência, ser imigrante ou refugiada, viver em favelas/periferias, em situação

de rua ou em regiões rurais, e suas condições socioeconômicas (4).

Recursos que em algumas realidades já são utilizados pelas equipes para comunicação com pacientes, inclusive para telemonitoramento de COVID-19, e podem ser utilizados, são: telefone celular, redes sociais, aplicativos de troca de mensagens, sendo importante identificar os que oferecem maior alcance e flexibilidade conforme diferentes necessidades, e garantir a capacitação de profissionais, com preservação da privacidade e segurança das mulheres e das/os profissionais, com atenção ao risco envolvendo celulares, que podem ser ferramentas para pedido de ajuda para mulheres vítimas de violência de gênero, mas também instrumentos de controle por agressores/as (4). Outro recurso existente em alguns países, e que poderia ser adotado no Brasil, é a oferta de atendimento remoto para abusadores, com o objetivo de fornecer

suporte no momento que sentem que estão perdendo o controle (21).

Todas essas ações devem levar em conta as barreiras de acesso à tecnologia como internet de banda larga e serviços de telefonia móvel que podem aprofundar as iniquidades caso negligenciem as relações de classe, raça, idade, orientação sexual além de gênero, principalmente no cenário de empobrecimento da população e do desfinanciamento e desmonte do SUS (22).

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

10 - Garbin CAS, Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin AJL, Rovida 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_utez/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/ligue-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 COVID-19, 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 Smiderle

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

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 seis consultas de pré-natal, duas 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, quantidade similar ao número de mortes causadas pela própria epidemia. Naquela epidemia, houve declínio significativo 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 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). Na COVID-19, a infecção pelo Sars-CoV-2 não altera a segurança dos métodos contraceptivos atuais e a ideia inicial de que a evolução da COVID-19 não sofreria impacto significativo em mulheres grávidas, ou de que o Sars-CoV-2 não seria transmitido verticalmente, foram ultrapassadas por demonstrações de agravamentos da doença durante a gestação, desfechos obstétricos negativos, além da possibilidade de transmissão vertical (7,8,9,10).

No Brasil, atual epicentro da pandemia, é fundamental atenção em relação às disparidades raciais entre mulheres grávidas nos serviços de saúde, inclusive por haver hospitalizadas de mulheres negras em piores condições em relação a mulheres brancas, com maior encaminhamento a Unidades de

Terapia Intensiva, ventilação mecânica e morte (11). Assim sendo, desde a prevenção da gravidez, até a gravidez e o pós parto, é preciso um enfoque interseccional (11,12), sendo o atendimento à contracepção um serviço essencial ao enfrentamento desta pandemia (8).

É fundamental que profissionais da APS também planejem ações pautadas nas iniquidades raciais e nas barreiras de acesso aos serviços, especialmente em se tratando de mulheres negras, pobres, e periféricas e, de zonas rurais, ou privadas de liberdade. Autoras da revisão “Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil” apontam contra o mito sobre o caráter supostamente “democrático” do Sars-CoV-2, em que as soluções propostas negligenciam as iniquidades estruturais de raça e gênero e a fragilidade dos serviços de saúde, especialmente em relação aos serviços da saúde sexual e reprodutiva, num cenário de desmonte

do SUS e de retrocessos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos (10).

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 região vem adotando medidas de acordo com sua realidade, mas, em geral, os serviços essenciais, como unidades de saúde, permanecem abertos - apesar da variação de sua frequência devido à pandemia (13,14,15).

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 Único de Saúde (SUS), que é o único recurso em saúde para grande parte da população, especialmente de grupos vítimas de iniquidades sócio-raciais, e, entendendo que momentos de epidemia aprofundam as desigualdades, a não-priorização de serviços de saúde sexual e reprodutiva pode levar ao aumento da mortalidade materna e neonatal, aumento de abortos inseguros e gestações indesejadas. (10,12,16)

A pandemia pode desabastecer e diminuir o transporte de medicamentos e insumos para contracepção, inclusive pelo fechamento de fronteiras e restrições a viagens, com reflexos na cadeia de abastecimento, principalmente em países em desenvolvimento, sendo necessária atenção de gestores/as. 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 ambientes, superfícies e utensílios e atendimento em local separado das pessoas com sintomas respiratórios (8,16,17,18,19). A garantia do acesso ao aborto previsto em lei é um componente fundamental da atenção integral à saúde e frequentemente urgente, com possibilidade de aumento de riscos ou de se tornar inacessível se houver atrasos (12).

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 (20). 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 infecções sexualmente transmissíveis ou diminuição do uso de preservativos (21). No contexto da pandemia, pode ser uma ação interessante.

Como pode acontecer em outras ações de saúde, o contato com os cidadãos por telefone e meios de comunicação de massa devem ser estimulados, inclusive para aconselhar, prescrever e manejar complicações relacionadas a métodos contraceptivos, além de continuar a oferecer a inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) e contracepção permanente, quando possível (19). Outra atividade possível é a gravação de vídeos curtos e imagens instrutivas a serem transmitidas para a população de

referência, além de busca ativa do/da profissional sobre a questão em atendimentos por outros motivos, discussão em sala de espera e em eventuais atividades que tenham de acontecer no território.

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/notatecnica92020COSMU_CGCI_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_CGCIVI_DAPES_SAPS_MS\).pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_n13_2020_COSMU_CGCIVI_DAPES_SAPS_MS).pdf)

9 - Carvalho, Bruno Ramalho de, Adami, Karina de Sá, Gonçalves-Ferri, Walusa Assad, Samama, Marise, Ferriani, Rui Alberto, & Marcolin, Alessandra Cristina. (2021). COVID-19: Uncertainties from Conception to Birth. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 43(1), 54-60. Epub March 08, 2021. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1721856>

10 - Reis, AP dos; Góes, EF; Pilecco, FB; Almeida, MCC de; Diele-Viegas, LM; Menezes, GMSM; Aquino, EML. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>

11 - Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Katz L, Salgado HO, de Amorim MMR, Takemoto MLS. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. Clin Infect Dis. 2020 Jul 28;ciaa1066. doi: 10.1093/cid/ciaa1066. Epub ahead of print. PMID: 32719866; PMCID: PMC7454418

12 - SBMFC. Nota em defesa de ações e políticas promotoras de equidade sócio-racial e contra a necropolítica vigente no contexto da pandemia de COVID19. Mar 2021. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-equidade-socio-racial-covid19/>

13- Ministério da Saúde. Saúde define critérios de distanciamento social com base em diferentes cenários. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/46666-ministerio-da-saude-define-criterios-de-distanciamento-social>

14 - 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/

15 - 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

16 - 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

17 - 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

18 - Tran, NT; Tappis, H; Spilotros, N; Krause, S; Knaster, S. Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 8 (6): E760-E761, 2020. Disponível em:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930190-X>

19 - Aly J, Haeger KO, Christy AY, Johnson AM. Contraception access during the COVID-19 pandemic. *Contracept Reprod Med*. 2020 Oct 8;5:17. doi: 10.1186/s40834-020-00114-9. PMID: 33042573; PMCID: PMC7541094.

20 - National Health Service-NHS. Emergency contraception. Disponível em:

<https://www.nhs.uk/conditions/contraception/emergency-contraception/>

21 - 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-emergencycontraception-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 a 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; 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 (UPAs, 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., Bienvenu, 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'Encéphale, 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: Airton 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 a estratificação de risco e avaliação de

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](http://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/>
- 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 - 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 - 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 Augusto

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 e atualizada em 10/07/2020 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 compo-

mentes existentes para interferir nas moléculas de Proteína S (spike proteins - S-Proteins) que ligam o vírus SARS-Cov-2 às 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, mas não entrou na lista) (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 (29/05/2021) 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 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, Marcos Maranhão

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.

Referências

- 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 algum 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 NTT = 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/?from_term=vitamin+d+and+repiratory&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, Mathysen 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 29/05/2021) 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

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 engolidas (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 na 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, Enrique Falceto Barros, Isadora Vianna, Jéssica Leão, Mayara Floss

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. Mas já temos conhecimento que após 1 ano de observação da Pandemia por COVID-19, foi registrado casos de maior mortalidade e/ou gravidade da doença em populações que vivem em territórios de maior vulnerabilidade ambiental, o que podemos chamar de Racismo Ambiental, e será mais bem discursado ao longo do texto.*

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 1Ug/m de material particulado está associado ao aumento de 8% (IC 2%-15%) na taxa de mortalidade (13).

Nossa pesquisa rápida de PICO realizada no 1º semestre de 2020 indicou que as medidas de saúde pública para reduzir a poluição do ar levariam a redução de morbimortalidade por COVID-19, e por Infarto do coração, Acidente Vascular Cerebral, Pneumonia infantil, DPOC, Asma, e assim, provavelmente ajudariam a diminuir a demanda dos serviços de saúde

durante a atual pandemia (9, 10), assim como o lockdown levaria a reduções drásticas nos níveis de poluição do ar urbano, podendo ter um efeito na redução da mortalidade pela poluição do ar (12), sendo esse possivelmente um dos pontos de análise futura desta pandemia.

No entanto, com a continuação e cenário de piora do curso da Pandemia pelo COVID-19, outros fenômenos interligados as questões ambientais tomaram espaço nos estudos sobre a comprovação da associação de morbimortalidade por COVID-19 com sua relação ao tempo de exposição e nível de poluição expostos a determinadas populações, como fator de agravamento (16). Sendo avaliado o acometimento maior a comunidades minoritárias: populações periféricas, indígenas, quilombolas, povos tradicionais, refugiados, negros e pobres. Pessoas que pela sua etnia, renda, recursos locais de saúde e território, se encontram entre os grupos

de maior mortalidade pela atual Pandemia (14), devido às condições ambientais já existentes em suas comunidades, e que já eram motivo de crise de Saúde Pública (15).

A esse adoecimento preponderante em grupos marginalizados, chamamos Racismo Ambiental, e pode ocorrer tanto em ambiente rural, urbano e de florestas. A definição deste fenômeno dá foco ao movimento de luta por justiça ambiental e ao despertar de políticas capitalistas, que em virtude de suas atividades predatórias e degradativas, geram impactos ambientais em territórios à margem de centros ricos e privilegiados da sociedade (16, 17, 18). Estes territórios acabam por sofrer com a distribuição desigual de danos, e trazem a tona a desigualdade estrutural e colonial, e assim também a escolha dos grupos locais que serão mais susceptíveis a doenças ocasionadas pela poluição do ar, solo e água, alterações climáticas, falta de saneamento adequado (16), queima de

florestas, invasões de terra, COVID-19 e outras manifestações agravadas pelo desrespeito e prejuízo aos territórios e seus povos.

A pandemia de Covid-19 tornou visível que medidas de austeridade históricas interagem com as desigualdades sociais e estruturais em nível local, nacional e global. E em casos de emergências sanitárias, se tornam determinantes de saúde e letalidade nas populações mais vulnerabilizadas (17,18). É de extrema importância tornar isso visível, como forma de problematizar e elaborar, assim, estratégias de uma mudança sistêmica que garanta mais direitos e justiça ambiental em um futuro Pós-COVID-19 em construção (15).

Como médicos e médicas de família e comunidade, desempenhamos atividades nos mais diversos territórios e devemos fazer parte do apoio às comunidades que enfrentam essa discriminação nas políticas públicas ambientais.

Assim sendo, através de movimentos de educação popular, poderemos empoderá-las sobre a conexão dos aspectos sociais e ambientais experienciados em adoecimentos devido a ausência de direito à Saúde, que deveriam ser ofertados pelo Poder Público, capacitando a elaboração de estratégias de envolvimento, reorganização social e tomada de decisões sobre medidas de proteção realistas para as Políticas Públicas, diante a pandemia (15).

Por fim, a conscientização sobre a ligação da poluição ambiental estar ligada a um quadro de maior mortalidade pelo COVID 19 requer que exijamos Políticas Ambientais e de Saúde mais rígidas que promovam o desenvolvimento sustentável e saudável em equidade de prevenção, proteção, recursos, regeneração e cuidados sem discriminação de grupos e comunidades marginalizadas e vulnerabilizadas.

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;

14 - Jesse Machin. Some hope for migrants and refugees in the time of covid-19?. DISCOVER SOCIETY[Internet]. DISCOVER SOCIETY. 2020 [cited Dezembro 23, 2020]. Available from: <http://archive.discoversociety.org/2020/12/23/some-hope-for-migrants-and-refugees-in-the-time-of-covid-19/>

15 - Tayná Lemos e Marcella Ribeiro. O racismo ambiental e os impactos diferenciais da pandemia. AIDA-AMERICAS. [Internet]. AIDA-AMERICAS. [07 de Setembro de 2020]. Available from: <https://aida-americas.org/es/blog/o-racismo-ambiental-e-os-impactos-diferenciais-da-pandemia/>

16 - Diana Carvalho e Fernanda Schimidt. Fonte: Universidades de Harvard, Stanford e Washington, NAACP, Union of Concerned Scientists. Racismo Ambiental. ECOA. [Internet]. ECOA. Available from: <https://www.uol.com.br/ecoa/reportagens-especiais/racismo-ambiental-comunidades-negras-e-pobres-sao-mais-afetadas-por- crise-climatica/#cover>

17 - Gilson Santiago Macedo Júnior, Claudio Oliveira de Carvalho. Novo coronavírus e racismo ambiental: favelas brasileiras como zonas de necropolíticas. DOI. [*Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas*. anoXVII. vol.17 nº30. págs. 195-205. jul/dez. 2020]. [Internet]DOI. Available from <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/7150/5043>

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

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 mais 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_v43suplemento1-20190066.
- 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 Undeserved*, 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_v2_1ed.pdf
- 11 - Mulinari, Filício. 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 Cançado Monteiro Savassi

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto; Ricardo Souza Heinzelmann

Síntese: *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

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.

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 desupalização 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. No entanto, as orientações destes protocolos não apontam evidências científicas que justifiquem tais recomendações (22, 23, 24).

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 telessaúde, 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/doi-1-2016-04-26-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. Enfermeria Clinica (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, Toyé 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 em:

<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.pdf1-
- 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/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>

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 o 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 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 opiodes (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).

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 a 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%. 	

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.2020.04.015
- 5 - Centre for Evidence-Based Medicine [página na internet]. 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>

16. Em gestantes e lactantes, a vacinação contra COVID-19, em comparação à não vacinação, deve ser recomendada?

Autoria: Daiane Maria Cordeiro, Carolina Lopes de Lima Reigada

Revisão: Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira e Rogerio Luz Coelho

Síntese: Gestantes e lactantes foram excluídas dos ensaios clínicos feitos com as vacinas contra COVID-19 disponíveis no Brasil. Entretanto, em modelos animais, não houve danos ao feto pela exposição aos imunizantes. Além disso, gestações ocorridas enquanto mulheres participavam de ensaios clínicos dessas vacinas não tiveram diferenças significativas no que tange a desfechos desfavoráveis entre os grupos controle e intervenção. Deve-se levar em consideração a exposição da gestante ou lactante à contaminação por COVID-19 e seus fatores de risco para desenvolvimento de doença grave. Sugere-se que seja incentivada e priorizada a vacinação de gestantes (mas que essa decisão seja compartilhada e que os riscos e

benefícios sejam decididos em conjunto com a gestante e de forma nenhuma haja obrigatoriedade nessa vacinação). No momento, por determinação do Ministério da Saúde, somente devem ser vacinadas gestantes “com comorbidades”. As vacinas adequadas às gestantes são as da Pfizer/Biontech e a Coronavac do Butantã/Sinovac; no momento se contraindica a vacina Astrazeneca/Oxford/FIOCRUZ em gestantes por determinação da ANVISA.

Com a aprovação dos registros de imunizantes contra a COVID-19 e o início da vacinação na Inglaterra e Estados Unidos no final de 2020, tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1-3) quanto entidades nacionais, como a Public Health England (4), passaram a

emitir recomendações baseadas na ponderação de riscos e benefícios na indicação da vacinação contra COVID-19 em gestantes, de acordo com o tipo de vacina e atualizados periodicamente de acordo com os resultados de estudos em andamento (2–4).

Outras entidades, como o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (5,6) e a Society for Maternal Fetal Medicine (SMFM) reforçaram em seus pareceres que gestantes e lactantes não devem ser preteridas dos grupos de vacinação, pelo risco aumentado de desenvolvimento de doença sintomática grave nesse grupo, segundo o Centers for Disease Control and Prevent (CDC) Norte Americano (7, 8, 9).

No Brasil, foram aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de janeiro até o presente momento, a CoronaVac, vacina de vírus inativado desenvolvida pelo laboratório SinoVac em parceria com o Instituto

Butantã; a vacina recombinante Covishield, produzida pela farmacêutica AstraZeneca com Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e mais recentemente, a vacina de RNA-mensageiro (RNA-m), COMIRNATY BNT162b2, produzida pela farmacêutica Pfizer com a empresa de biotecnologia alemã Biontech. (10, 11).

As três vacinas aprovadas pela ANVISA foram testadas em modelos animais e não causaram má-formações fetais (12, 13). Nos estudos de fase III desses mesmos imunizantes, estar gestante/lactante era critério de exclusão e as participantes foram orientadas a não engravidar durante a participação tanto no ProfisCOV (ensaio de fase III da CoronaVac no Brasil) (14) quanto nos estudos multicêntricos das vacinas contra Covid-19 da AstraZeneca/FIOCRUZ e da Pfizer Biontech (12). Mesmo assim, algumas gestações ocorreram, e não foram observadas diferenças em desfechos desfavoráveis entre gestantes do grupo

controle e do grupo intervenção, inclusive em relação a abortamento e perda fetal, no caso da Coronavac (Butantã/Sinovac) (14) e das vacinas da Pfizer/Biontech e Astrazeneca/Oxford/FIOCRUZ (12).

Após aprovação das vacinas contra COVID-19 pelas agências reguladoras, as fabricantes anunciaram estudos para avaliar a segurança, imunogenicidade e eficácia da vacinação em gestantes, puérperas e lactantes, ainda sem resultados divulgados (15, 16).

Outros estudos já avaliaram desfechos como a possibilidade de proteção fetal e do recém nascido. Um estudo de coorte prospectivo com lactantes que receberam vacina Pfizer/Biontech encontrou anticorpos IgA e IgG específicos para SARS-CoV-2 no leite materno por 6 semanas após a vacinação, sugerindo um potencial efeito protetor contra infecção em bebês (17). Um segundo, incluindo gestantes, lactantes e mulheres não-gestantes que

receberam vacina com RNAm, mostraram equivalência de resposta sorológica entre gestantes e não-gestantes; com transferência de anticorpos tanto por via transplacentária quanto pelo leite materno, aos recém-nascidos (18). Outro estudo, com 20 gestantes que receberam a vacina contra COVID-19 Pfizer/Biontech, houve adequada resposta sorológica materna e transferência placentária de anticorpos, sugerindo possibilidade não só de proteção da gestante, mas também do neonato, das formas graves da COVID-19 (19).

Segundo opinião de sociedade científicas internacionais e nacionais, a vacinação não deve ser obrigatória e a decisão da mulher deve ser feita de forma informada, considerando principalmente a circulação do vírus na comunidade, eficácia e segurança da vacina, potencial de gravidade da doença materna e efeitos no feto e recém nascido (5, 19 e 20); mulheres que recusarem a vacinação devem ser

apoiadas em sua decisão (4) e não se recomenda que seja adiado o planejamento de gestação ou suspensão da amamentação após a vacinação (1-4).

Essas considerações também estão presentes nas recomendações referentes a administração de vacinas COVID-19 em gestantes, puérperas e lactantes em Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde (MS), que orienta que as que possuam comorbidades sejam vacinadas de acordo com o calendário de vacinação dos grupos prioritários disponíveis no Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, respeitando a ordem dos referidos grupos e a orientação de que devem-se manter as medidas de proteção, mesmo após a aplicação das duas doses da vacina e passado o tempo de imun conversão (22).

Quanto à potencial gravidade da doença materna, as mulheres não são consideradas grupo de risco somente

por serem gestantes. Entretanto, há associação entre gestação e maior risco de doença grave, com necessidade de internação e suporte intensivo, principalmente em gestantes negras, com diabetes mellitus, doenças autoimunes, imunossuprimidas, doenças cardiovasculares, asma ou obesidade (7, 22), sendo, nesses casos, segundo o MS, recomendada a vacinação (22). No Brasil, a alta mortalidade de gestantes negras, que pesquisas já relacionam às vulnerabilidades estruturais e ao racismo institucional no sistema de saúde, manifesta uma barreira de acesso, merecendo destaque (23).

Em final de abril de 2021 foi publicado um artigo que mostra que as vacinas de RNA mensageiro (Pfizer/Biontech e Moderna - essa última ainda indisponível no Brasil) devem ser consideradas seguras na gestação (24)

Já em maio de 2021, a ANVISA orientou a suspensão da vacinação de todas as

gestantes com vacinas da Astrazeneca/Oxford/FIOCRUZ; até que se conclua a investigação de um caso de uma gestante que teria morrido após uso desta vacina.

O atual Programa Nacional de Imunizações segue com a orientação do uso das vacinas Coronavac (Butantã/Sinovac) e da Pfizer/Biontech apenas nos casos de gestantes com comorbidades (25).

Ressaltamos aqui, como um grupo especial na discussão sobre o aconselhamento e decisão compartilhada, a ponderação quanto à probabilidade da gestante/lactante contrair o vírus em seu exercício laboral. Nesse sentido, algumas secretarias de saúde, como a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (26), recomendam a vacinação de gestantes e lactantes com “maior risco de desenvolvimento da forma grave da

infecção pelo novo coronavírus [...]”; em caso de exposição frequente e/ou maior risco de contágio”, como profissionais de saúde e segurança pública.

Referências

- 1 - World Health Organization. Interim recommendations for use of the AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinant]) vaccine against COVID19 developed by Oxford University and AstraZeneca: interim guidance, 10 February 2021. 2021;1222:1–8. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339477>
2. Interim recommendations for use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19. World Heal Organ [Internet]. 2021;(Interim guidance):1–8. Disponível em : <https://www.who.int/publications/i/item/interim-recommendations-for-use-of-the-moderna-mrna-1273-vaccine-against-covid-19>
3. Interim recommendations for use of the Pfizer – BioNTech COVID-19 vaccine. World Heal Organ [Internet]. 2021;(January):1–7. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1
4. Guidance - The safety of COVID vaccines when given in pregnancy [Internet]. Public Health England. 2021. p. 4–7. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/safety-of-covid-19-vaccines-when-given-in-pregnancy/the-safety-of-covid-19-vaccines-when-given-in-pregnancy>.
- 5 - ACOG American Colleague of Obstetrics and Gynecology. Vaccinating Pregnant and Lactating Patients Against Summary of Key Information and Recommendations. 2021;1–20. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19>

6 - ACOG AC of O and G, SMFM S for MFM. ACOG and SMFM Joint Statement on WHO Recommendations Regarding COVID-19 Vaccines and Pregnant Individuals. 2021; Disponível em: <https://www.acog.org/news/news-releases/2021/01/acog-and-smfm-joint-statement-on-who-recommendations-regarding-covid-19-vaccines-and-pregnant-individuals>

7 - NCIRD. COVID 19. Centers Dis Control Prev [Internet]. 2021;1–6. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

8 - Berghella, V.; Hughes, B. COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care. Em: Basow, DS ed. Up-To-Date. [internet]. Waltham (MA): Uptodate; 2021. [citado em 14 abril 2021] Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?sectionName=Vaccines&search=vacina%20covid&topicRef=129849&anchor=H1368710838&source=see_link#H1368710838)

[sectionName=Vaccines&search=vacina%20covid&topicRef=129849&anchor=H1368710838&source=see_link#H1368710838](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?sectionName=Vaccines&search=vacina%20covid&topicRef=129849&anchor=H1368710838&source=see_link#H1368710838)

9 - Rasmussen SA, Kelley CF, Horton JP, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know. *Obstet Gynecol.* 2021;137(3):408–14. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33370015/>

10 - Brasil. Segundo Informe Técnico. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. No 1/2021. CGPNI/DEIDT/SVS/MS [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/23/segundo-informe-tecnico-22-de-janeiro-de-2021.pdf>

11 - Pfizer. Anvisa aprova vacina da Pfizer contra a COVID-19. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/anvisa-aprova-vacina-da-pfizer-contra-covid-19>

12 - Male V. Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? *Nat Rev Immunol* [Internet]. 2021;21(April):200–1. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1038/s41577-021-00525-y>

13. Zhang Y, Zheng G, Pan H et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults aged 18–59 years: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. *Lancet Infect Dis*. 2020; Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30843-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30843-4)
- 14 - Palacios, R, Batista AP, Albuquerque, CSN et al. Efficacy and Safety of a COVID-19 Inactivated Vaccine in Healthcare Professionals in Brazil: The PROFISCOV Study. [Internet]. 2021. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2021/04/estudo-preliminar-coronavac-11.abr_.2021.pdf
- 15 - COVID-19 vaccines, pregnancy and breastfeeding. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. 2021 [citado 2021 Abril 14]; Abril 21 :[cerca de 3 p.]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/covid-19-vaccines-and-pregnancy/covid-19-vaccines-pregnancy-and-breastfeeding/>
- 16 - Aprovação das vacinas Coronavac e de Oxford: infectologista explica recomendação para grávidas e lactantes. *Revista Crescer* [Internet] 2021. [citado 2021 Abril 14]; 2021 Janeiro 17 :[cerca de 3 p.]. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Saude/noticia/2021/01/aprovacao-das-vacinas-coronavac-e-de-oxford-infectologista-explica-recomendacao-para-gravidas-e-lactantes.html>
- 17 - Perl SH, Uzan-Yulzari A, Klainer H, Asiskovich L, Youngster M, Rinott E, et al. SARS-CoV-2–Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women. *JAMA* [Internet]. 2021 Apr 12;53(9):1689–99. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2778766>
- 18 - Gray KJ, Bordt EA, Atyeo C, Deriso E, Akinwunmi B, MMSc M, et al. COVID-19 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. Pre-proof [Internet]. 2021;2021.03.07.21253094. Disponível em : <https://doi.org/10.1101/2021.03.07.21253094>
- 19 - Amihai Rottenstreich, MD1 , Gila Zarbiv, RN, CNM1 , Esther Oiknine-Djian, PhD2 , Roy Zigran, MD1 , Dana G. Wolf, MD2 , Shay Porat M. Efficient maternofetal transplacental transfer of anti- SARS-CoV-2 spike antibodies after antenatal SARS-CoV-2 BNT162b2 mRNA vaccination. medRxiv [Internet]. 2021; Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253352v1>

- 20 - SMFM S for MFM. Provider Considerations for Engaging in COVID-19 Vaccine Counseling With Pregnant and Lactating Patients. 2020;2021. Disponível em: https://www.valleymed.org/uploadedFiles/valleymedorg/Access_Request/STAT/2020/Provider_Considerations_for_Engaging_in_COVID_Vaccination_Considerations_12-15-20_%28final%29.pdf
- 21 - FEBRASGO. Recomendação Febrasgo na Vacinação de gestantes e lactantes contra COVID-19 [Internet]. Vol. 19. 2021. p. 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1207-recomendacao-febrasgo-na-vacinacao-gestantes-e-lactantes-contr-covid-19>
- 22 - BRASIL. Nota Técnica No 1/2021-DAPES/SAPS/MS [Internet]. 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_12021_DAPES_SAPS_MS.pdf
- 23 - Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/ppf-42509>
- 24 - Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro - Ofício Circular SAP no 01/2021 - Dispõe sobre a vacinação contra a COVID19 em gestantes, lactantes e puérperas. Rio de Janeiro; 2021.
25. BRASIL. Nota Técnica No 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/maio/19/nota-tecnica-651-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf>
26. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro - Ofício Circular SAP no 01/2021 - Dispõe sobre a vacinação contra a COVID19 em gestantes, lactantes e puérperas. Rio de Janeiro; 2021.

17. Qual o papel das máscaras de pano, tecido, cirúrgicas n95 na pandemia da COVID-19?

Autoria: Euclides Colaço Melo dos Passos; Ana Carolina Mignot Rocha; Otavio Amancio da Silva

Revisão: Rogerio Luz Coelho Neto

Síntese: *O uso de máscaras é medida indispensável de proteção à COVID-19, devido ao seu alto poder de transmissão por via respiratória, inclusive por indivíduos assintomáticos. A proteção facial com máscara deve ser usada como uma ferramenta associada a medidas de higiene, distanciamento social e vacinação.*

As buscas foram feitas em documentos de agências oficiais e artigos. Para as buscas de artigos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DSC) no Portal BVS, Medical Literature analysis and Retrieval System Online (MEDLINE, PubMed), Scientific Electronic Library On-line (SciELO).

Durante o triênio 2019/2021 várias me-

didadas foram implementadas ao nível mundial para impedir a transmissão da COVID-19. Como já sabido, a transmissão de pessoa a pessoa ocorre mesmo na ausência de sintomatologia. O vírus se propaga principalmente por gotículas respiratórias, quando estas entram em contato com mucosas (boca e nariz) ou conjuntivas (olhos). Também pode ocorrer por contato direto nas superfícies, quando o vírus se faz presente nas mesmas, além de aerossóis e/ou fômites (1,2).

Como não há tratamento curativo ou mesmos medicamentos para uso profilático/ preventivo e a campanha vacinal tem avançado numa velocidade aquém do ideal, faz-se necessária a utilização de medidas

não-farmacológicas para controlar a propagação da infecção: o distanciamento social, a lavagem de mãos com água e sabão ou antissepsia com álcool 70% (preferencialmente em gel) e o uso de máscaras (2-4)

As indicações do uso das máscaras para a população são baseadas nas experiências prévias no enfrentamento de epidemias de doenças respiratórias em diversos países, como a epidemia de H1N1 (5). Além disso, existem evidências indicando que o uso de máscaras pela população pode minimizar a propagação da doença e seu impacto na dinâmica da própria epidemia, sendo uma intervenção não farmacológica eficaz no controle da propagação da doença (3,5). Trabalhos no Brasil coadunam com essas recomendações (6).

As máscaras de proteção respiratória [N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3 (sem válvula)] também são conhecidas como

respiradores particulados. Possuem eficácia mínima de 95% na filtração de partículas com até 0,3 μm . O tempo de uso ininterrupto recomendado é de 08 a 10 horas (7). Classicamente são indicadas para profissionais de saúde durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis, como a intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não-invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias dentre outros (2,8). Durante o período pandêmico que estamos vivenciando têm sido recomendadas aos Profissionais de saúde para uso durante suas rotinas de trabalho mesmo ambulatorial (3,8).

Trabalhadores da higiene e limpeza também devem utilizar ao realizar a limpeza de locais onde são realizados esses procedimentos. Mais recentemente, se for possível o acesso, a população em geral pode optar por estes modelos de máscaras.

Sobre o tempo de uso, a ANVISA está orientando a utilização por tempo prolongado ou reutilização pelo mesmo profissional, caso ainda esteja íntegra, limpa e seca (8).

Em relação aos efeitos no organismo quanto ao uso das máscaras de proteção respiratórias, em uma atividade física leve, pode levar a um aumento no CO₂ exalado, reduzir a inspiração de oxigênio e aumentar o esforço necessário para respirar. Como resultado da inalação de CO₂ de 2 a 3% (normal; 0,04%) em um aumento transitório de acidose metabólica, alguns dos sintomas que pode ocorrer são cefaléia, dispnéia leve, aumento da irritabilidade e diminuição do estado de alerta e resposta motora.

Entretanto, os benefícios dos exercícios podem ser alcançados em menos esforço enquanto estiver usando uma máscara, ocorrendo aumento da musculatura respiratória e da resistência aeróbica, sendo compensadas de forma fisiológica e dessa forma não sendo contra indicado seu uso (9).

As máscaras cirúrgicas são indicadas para uso por profissionais de saúde (quando não houver disponibilidade das máscaras de proteção respiratória N95, N99, N100, PFF2 e PFF3) e também pela população em geral, se possível for. Apesar da eficácia quanto à proteção e redução de transmissão de vírus tem a desvantagem na rapidez de perda da efetividade (aproximadamente 04 horas) em decorrência da absorção de umidade (2,8).

As máscaras de tecido e de Tecido Não Tecido (TNT) são indicadas para pessoas que precisam sair de casa para atividades básicas (compra de alimentos, farmácias, serviços de saúde, transportes etc), de modo a reduzir a exposição à contaminação. É indicado o uso por qualquer pessoa respeitando-se o ajuste da mesma e a higiene adequada do material. O tempo de uso recomendado é de no máximo 02 horas ou se a mesma apresentar muita umidade ou outro tipo de contaminação.

Os tipos de tecidos sugeridos são: poliéster, algodão, seda e chiffon, por já terem apresentado em alguns estudos níveis de bloqueio de vírus em aerossóis, embora ainda sejam necessárias mais pesquisas para efetiva comprovação (10).

As máscaras cirúrgicas e de TNT, pelo material pouco resistente devem ser descartadas, em lixeira fechada e, em seguida, com higienização das mãos do usuário (álcool 70% ou água e sabão). As máscaras de tecido caseiras, devem ser lavadas, separadas de outras roupas, com água corrente e sabão neutro [deixar de molho numa solução com água sanitária (2 colheres de sopa de água sanitária em 1 litro de água)] e após deixar secar em local aberto. As mesmas não devem ser usadas úmidas e devem ser descartadas após 30 lavagens. Dado o contexto de alta vulnerabilidade de diversos grupos no Brasil, o poder público, numa perspectiva Bioética de proteção dos vulneráveis, deve promover estratégias para aumentar a oferta e assegurar disponibilidade de máscaras a grupos

socioeconomicamente desfavorecidos, além de garantir que determinados grupos raciais não sejam estigmatizados diante do uso de máscaras, com campanhas de conscientização populacional e atuação específica dos profissionais de saúde frente a mitigar estas iniquidades (11,12,13). Especificamente, devemos atentar a possibilidade de que o amplo uso de máscaras pela população negra exponha este grupo a um maior assédio pelas forças de segurança e a situações de preconceito e injúria racial. Outra situação é que o amplo uso de máscaras pode prejudicar a comunicação não verbal com surdos ou pessoas com baixa acuidade auditiva (11).

Vale o alerta que o uso das máscaras pode gerar uma falsa sensação de segurança e levar ao relaxamento de outras medidas, como a higiene pessoal ou o distanciamento social. A proteção facial deve ser entendida como mais um recurso no combate à pandemia em adição às medidas de higiene, distanciamento e vacinação (5,14).

Referências

- 1 - Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. 09/07/ 2020. URL <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>.
- 2 - Antonio Rosa de Sousa Neto and Daniela Reis Joaquim de Freitas. UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS: INDICAÇÕES DE USO E MANEJO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. *Cogitare enferm.* (internet), 2020. URL [http://dx.doi.org/10:5380/ce:v25i0:72867](http://dx.doi.org/10.5380/ce:v25i0:72867).
- 3 - Mask use in the context of COVID-19:. Interim guidance, Dez 2020. URL: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
- 4 - David S. Hui. Severe acute respiratory syndrome (SARS): lessons learnt in Hong Kong. *Journal of Thoracic Disease*, 5(Suppl 2):S122 – S126, 8 2013. ISSN 2072-1439. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747521/>.
- 5 - Monica Taminato, Aline Mizusaki-Imoto, Humberto Saconato, Eduardo Signorini Bicas Franco, Maria Eduarda Puga, Márcio Luís Duarte, and Maria Stella Peccin. Máscaras de tecido na contenção de gotículas respiratórias – revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*, (33):1 – 11, 2020. URL <http://dx.doi.org/10:37689/actaape/2020AR0103>.
- 6 - Maria Fernanda Lima-Costa, Juliana Vaz de Melo Mambrini, Fabiola Bof de Andrade, Sérgio William Viana Peixoto 1, and James Macinko. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, 36(6), 2020. URL [doi:10:1590/0102-311X00193920](https://doi.org/10.1590/0102-311X00193920).

7 - Laura Regina Parreira Duarte, Claudio Eduardo Miola, Nilton José Fernandes Caval- cante, and Ricardo Helbert Bammann. Estado de conservação de respiradores PFF-2 após uso na rotina hospitalar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44:1011– 1016, 12 2010. ISSN 0080-6234. URL: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0080-62342010000400022>.

8 - ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Technical re- port, 2020. URL <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>.

9 - Bryan A. Davis and Lawrence C. Tsen. Wearing an N95 Respiratory Mask: An Unintended Exercise Benefit? Anesthesiology, 133(3):684 – 686, Set 2020. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268846/>.

10 - N M Wilson, G B Marks, A Eckhardt, A M Clarke, F P Young, and F L Garden. The effect of respiratory activity, non-invasive respiratory support and facemasks on aerosol generation and its relevance to COVID-19. Association of Anaesthetists, 2021. URL <https://doi.org/10.1111/anae:15475>.

11 - Naiá Ortelan, Andréa Jacqueline Fortes Ferreira, Luciana Leite, Julia Moreira Pescarini, Ana Cristina Souto, Mauricio Lima Barreto, and Estela M. L. Aquino. Máscaras de tecido em locais públicos. Ciência & Saúde Coletiva, 26(2):669 – 692, 2021. URL [0:1590/1413-81232021262:36702020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021262:36702020).

12 - Fermin Roland Schramm. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética, 16(1):11 – 23, 2008. URL http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55.

13 - Fermin Roland Schramm. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1531 – 1538, 2017. ISSN 1678-4561.

14 - Xiaopeng Liu and Sisen Zhang. COVID-19 : Face Masks and Human-to-human Trans- mission. Mar 2020. URL [doi:10.1111/irv:1274](https://doi.org/10.1111/irv.1274)



**Medicina
de Família e
Comunidade**

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Avenida Franklin Roosevelt, 39 - Sala 1311
Centro - Rio de Janeiro / RJ
(21) 3553-1352

Acesse nosso site: www.sbmfc.org.br

