



# COVID-19

## Documento 3

### Rede de Cuidados pós infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) - COVID-19

Referência: 02 de Junho de 2021

## **Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**

Lair Zambon  
Secretário de Saúde

## **Departamento de Saúde - SMS Campinas**

Deise Fregni Hadich  
Diretora de Saúde

### **Organizadores:**

#### **Augusto Cesar Lazarin**

Médico Pediatra Sanitarista  
Gestão e Planejamento, Articulador da Atenção  
Secundária - Departamento de Saúde

#### **Renata Cauzzo Zingra Mariano**

Enfermeira  
Área de Enfermagem - Departamento de  
Saúde

### **Grupo de Trabalho:**

#### **Alena Costa Marruaz**

Médica Sanitarista  
NASF - Distrito de Saúde Sudoeste

#### **Leonel Carlos Pereira**

Coordenador - Analista de Tecnologia da  
Informação  
Coordenadoria Setorial de Informática

#### **Alexandra Sevilha Meleschco Ganev**

Fisioterapeuta  
Área de Reabilitação - Departamento de Saúde

#### **Márcia Regina Muradas**

Enfermeira  
Coordenadoria Setorial de Informática

#### **Ana Claudia Pastori**

Enfermeira  
UPA Carlos Lourenço

#### **Maria Alice Franzini Codarin**

Nutricionista  
NASF - Distrito de Saúde Leste

#### **Ana Cristina Serodio**

Médica Cardiologista  
Policlínica III

#### **Maria Fernanda Muriho Righi Turatti**

Médica Cardiologista Pediatra  
Policlínica III

#### **Augusto Cesar Lazarin**

Médico Pediatra Sanitarista  
Gestão e Planejamento, Articulador da Atenção  
Secundária - Departamento de Saúde

#### **Maricilda Regina Pereira Bóbbo**

Nutricionista  
Centro de Referência à Saúde do Idoso

#### **Bárbara Grazielle Ramos**

Fisioterapeuta  
Coordenadora do Centro de Referência em  
Reabilitação

#### **Nacle Nabak**

Nutricionista  
Coordenador do Espaço Academia de Saúde

#### **Barbara Sanae Assato**

Medica Cardiologista  
Policlínica III

#### **Renata Cauzzo Zingra Mariano**

Enfermeira  
Área de Enfermagem - Departamento de  
Saúde

#### **Bruno Andrade Pagung**

Médico Nefrologista  
Área de Atenção Domiciliar / Programa de  
Oxigenoterapia Domiciliar

#### **Rogério de Oliveira Araújo**

Médico Clínico Geral  
Área da Saúde do Adulto e Idoso -  
Departamento de Saúde

#### **Carlos Amaral**

Médico de Saúde da Família  
Centro de Saúde Nova América

#### **Sheila Medorima**

Médica Cardiologista  
Policlínica III

#### **Carlos Roberto de Oliveira Sauer**

Médico Infectologista  
Apoio Técnico - Departamento de Saúde

#### **Rosana Gomes Arruda Leite Bueno**

Nutricionista  
Serviço de Atendimento Domiciliar Sul

**Carolina Belo Rodrigues Scacheti**

Enfermeira  
Coordenadora do Centro de Referência à Saúde do Idoso

**Carolina Rosas Queiroz Fulas**

Médica Cirurgiã Geral e Endoscopista  
Coordenadora da Policlínica III

**Cláudia de Sant'Anna Vitor Galoro**

Médica  
Coordenadora da Policlínica II

**Cristina Aparecida Bueno Albuquerque**

Enfermeira  
Assessora do Departamento de Vigilância em Saúde

**Daniella Priscila de Lima**

Fonoaudióloga  
Centro de Referência em Reabilitação

**Jorge Mendes Ávila**

Enfermeiro  
Assessor Técnico do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional

**Sara Maria T. Sgobin**

Médica Psiquiatra  
Área da Saúde Mental - Departamento de Saúde

**Thaís Sette Germano**

Fisioterapeuta  
NASF - Distrito de Saúde Sudoeste

**Yasmin Rodrigues Xavier Souza**

Nutricionista  
Serviço de Atendimento Domiciliar Leste Norte

**Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo**

Enfermeira  
Área de Especialidades - Departamento de Saúde

**William Hyppólito Ferreira**

Médico  
Centro de Referência em Reabilitação

**Simone Pereira Barel**

Pneumologista  
Policlínica II

## SUMÁRIO

Introdução.....	5
I - Linha de cuidado Pós COVID-19 aguda - Protocolo clínico .....	9
1. Definição de casos “Long COVID-19” .....	9
2. Organização de demanda .....	9
3. Programa para primeira avaliação .....	10
4. Manejo de sintomas persistentes.....	12
4.1. Síndrome Inflamatória Multissistêmica - Pediátrica (SIM-P).....	12
4.2. Complicações hematológicas.....	12
4.3. Complicações renais .....	13
4.4. Complicações pulmonares .....	14
4.5. Complicações cardiovasculares.....	16
4.6. Complicações neurológicas.....	16
4.7. Complicações endócrinas .....	17
4.8. Complicações dermatológicas.....	17
4.9. Anosmia.....	19
4.10. Disfagia e Disfonia.....	20
4.11. Diarreia .....	20
4.12. Síndrome Pós-cuidado Intensivo.....	21
II – Saúde Mental .....	22
Em relação ao atendimento da Saúde Mental: .....	22
III – Especialidades e Reabilitação .....	23
Práticas Integrativas e Academia de Saúde.....	31
V - Atenção Domiciliar .....	32
VI - Informação e Informática .....	34
Referências: .....	35
Anexos:.....	38
Anexo 1- Protocolo de Teleatendimento Pós-COVID .....	38
Anexo 2 - Escala de Borg .....	39
Anexo 3 - Pneumologia - Roteiro de anamnese e informações clínicas para avaliação de pacientes Pós-COVID com sintomas do aparelho respiratório.....	40
Anexo 4 - Cardiologia - Roteiro para encaminhamento para especialista .....	41
Anexo 5 - Roteiro para Teste de Caminhada.....	44
Anexo 6 - Fisioterapia - Orientações de exercícios respiratórios.....	46
Anexo 7 - Fonoaudiologia - Orientações gerais .....	47
Anexo 8 - Nutrição - Orientações nutricionais .....	51

## INTRODUÇÃO

Transcorrido um ano do início da transmissão comunitária de COVID-19 no município de Campinas, e que o mundo convive e entende a manifestação sistêmica desta doença, observa-se entre os pacientes atendidos na rede pública de Campinas a ocorrência de complicações ou sequelas após a fase aguda da COVID-19 e que não podem ser atribuídas somente à internação prolongada e aos procedimentos invasivos comuns nos casos graves da doença.

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) recomendou em agosto de 2020 que os Estados Membros enfrentassem o desafio de caracterizar e gerenciar de forma abrangente as complicações e sequelas da COVID-19, garantindo também a continuidade do acompanhamento e assistência aos pacientes. (Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020).

À medida que os estudos avançam e os profissionais atendem muitos pacientes observou-se que a COVID-19 é uma doença com repercussões sistêmicas para além dos pulmões.

Há evidências de que, enquanto a maioria das pessoas com COVID-19 se recupera e retorna à saúde normal, alguns pacientes podem apresentar sintomas que podem durar semanas ou até meses após a fase aguda da doença. Mesmo as pessoas que não estão hospitalizadas e com doença leve podem apresentar sintomas persistentes ou tardios.

Os sintomas de longo prazo mais comumente relatados incluem fadiga, falta de ar, tosse, dor nas articulações e dor no peito.

Foram relatadas complicações mais sérias a longo prazo, que parecem ser menos comuns ou mesmo raras. Estas podem ser:

- ✓ Psiquiátricas: depressão (inclusive risco de suicídio, por agravamento de quadro depressivo prévio), ansiedade, mudanças de humor;
- ✓ Endocrinológicas: resistência à insulina, desencadeamento de diabetes mellitus ou aumento na dificuldade para obter o controle glicêmico;

- ✓ Respiratórias: anormalidades da função pulmonar (distúrbio ventilatório restritivo, geralmente atribuído à redução da massa muscular respiratória - Síndrome Pós-UTI), fibrose pulmonar;
- ✓ Renais: lesão renal aguda com eventual descompensação de insuficiência renal crônica e indicação de hemodiálise;
- ✓ Neurológicas: piora cognitiva em idosos, distúrbios do olfato e paladar, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, problemas de memória, piora cognitiva em quadros demenciais prévios, polineuropatia e mononeurite;
- ✓ Cardiovasculares: sequelas de miocardite e de eventos tromboembólicos na fase aguda (insuficiência cardíaca, infarto e arritmias);
- ✓ Hematológicas: fenômenos trombóticos;
- ✓ Dermatológicas: erupção cutânea, alopecia, úlceras por pressão;
- ✓ Osteomusculares: sarcopenia.

Os sintomas de longo prazo podem estar presentes em pacientes mesmo com a forma leve da doença (síndrome gripal), sem a necessidade de hospitalização. No entanto, entre os pacientes graves (SRAG), somam-se às sequelas pós COVID-19, as consequências da internação prolongada e a descompensação de doenças crônicas preexistentes.

É estimado que nas primeiras 12 semanas desde o início da infecção da COVID-19, 5% a 36% dos pacientes ainda terão sintomas (nos pacientes hospitalizados esta taxa pode ser mais alta), e após este período, 2% a 15% terão sintomas persistentes.

O significado a longo prazo desses efeitos sobre a saúde do indivíduo ainda não é conhecido. A curto prazo prejudicam a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho. Produzir conhecimento e resposta de saúde pública a esta demanda é mais um desafio da gestão nesta pandemia.

Em Campinas, a Secretaria Municipal de Saúde fez um levantamento com os gestores das unidades de saúde municipais sobre a demanda / inserção de pacientes com complicações pós-COVID-19 recebidos nos serviços de saúde, até meados de dezembro de 2020, visando identificar o número de pacientes e quantos mantinham acompanhamento na Unidade de Saúde.

Foram identificados 944 usuários que, após internação por COVID-19, procuraram atendimento em serviços de saúde do SUS Campinas com relato de queixas relacionadas à infecção.

Desse total, 747 usuários foram atendidos e receberam alta da unidade por questões relativas à infecção pelo novo coronavírus.

Outros 197 (20,8%) usuários mantiveram atendimento nas unidades em decorrência de complicações relacionadas à COVID-19. Destes, cerca de 70% mantêm o atendimento em Unidades Básicas de Saúde. Os outros 30% necessitaram de atendimento nos centros de referência, nas unidades especializadas ou no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Isso mostra que a maior parte dos atendidos com algum tipo de complicação na fase pós-aguda da COVID-19 permanecerá em seguimento na Unidade Básica de Saúde, não necessitando de avaliação das especialidades e referências.

Em uma revisão de dezembro de 2020, o NICE (National Institute for Health and Care Excellence) e outras instituições do Reino Unido, categorizaram a fase aguda e as complicações da COVID-19 de forma a uniformizar a nomenclatura:

- ✓ **COVID-19 aguda:** presença de sinais e sintomas da COVID-19 por até 4 semanas;
- ✓ **Sintomático contínuo de COVID-19:** presença de sinais e sintomas da COVID-19 de 4 a 12 semanas;
- ✓ **Síndrome pós-COVID-19:** presença de sinais e sintomas desenvolvidos durante ou após a infecção aguda da COVID-19, que continuam por mais de 12 semanas e que não são explicados por outro diagnóstico;
- ✓ **“Long COVID-19”:** agrupa a **COVID-19 com sintomas continuados/persistentes** e a **Síndrome pós-COVID-19** em uma única definição - presença de sinais e sintomas de COVID-19 a partir de 4 semanas (a definição de “Long COVID-19” coincide com a definição de **“Síndrome Pós-COVID-19 aguda”** - Nalbandian A, 2021).

Fatores de risco para desenvolvimento da Síndrome pós COVID-19 Aguda:

- ✓ Faixa etária mais idosa;
- ✓ Comorbidades prévias à COVID-19 (3 ou mais);
- ✓ Obesidade;
- ✓ Desordens psiquiátricas;
- ✓ Grande número de sintomas na fase aguda;
- ✓ Presença dos seguintes sintomas durante as primeiras 12 semanas:
  - Fadiga;
  - Dor de cabeça;
  - Dispneia;
  - Dor à respiração profunda;
  - Pele sensível;
  - Voz rouca e mialgia.

**Lembramos que o cenário tem mudado muito rapidamente e que estas orientações também podem sofrer alterações ou atualizações. Todos devem ficar atentos!**

**Versão 02 de junho de 2021**



## **I - LINHA DE CUIDADO PÓS COVID-19 AGUDA - PROTOCOLO CLÍNICO**

O conhecimento referente à dinâmica da infecção pelo SARS-CoV-2 tem mudado constantemente, representando um grande desafio à comunidade científica e à atualização por parte dos profissionais de saúde (OMS, 2020).

A maioria dos infectados experimenta sintomas leves e moderados e se recupera em torno de duas a seis semanas. Entretanto, os sintomas podem permanecer para além desse prazo ou mesmo recrudescerem após semanas ou meses após a recuperação inicial, sem que permaneçam transmissoras durante esse período (OMS, 2020; TENFORDE et al., 2020; MERCANTE et al., 2020; CARFI et al., 2020). Há expectativa de que possam ser acompanhados com reabilitação, terapias integrativas, tratamentos sintomáticos, repouso e aumento gradual na atividade física (GREENHALGH et al., 2020).

### **1. Definição de casos “Long COVID-19”:**

- ✓ Pessoa com histórico de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com diagnóstico por critério laboratorial **ou** clínico-epidemiológico de COVID19 **e** que apresentem persistência de um ou mais sintomas (fadiga, mialgia, dor articular, dispneia, palpitações, dor torácica, cefaleia, anosmia, alteração de paladar, diarreia, dor abdominal, piora cognitiva, perda de sensibilidade/formigamento em extremidades ou alterações psiquiátricas) para além de 4 semanas. Como os sintomas podem apresentar melhora e posterior recrudescência, é importante observar se os sintomas estão associados a condições clínicas prévias.

### **2. Organização de demanda:**

#### **2.a. Busca ativa:**

- ✓ Planilha de SRAG enviada pela VISA de pacientes que estiveram internados pela COVID-19 (lembrar que na lista constam também os pacientes que evoluíram para óbito);

- ✓ Acesso ao Portal de Serviços de Saúde disponível em: <https://sistemas-saude.campinas.sp.gov.br/portal/>: acessar o atalho “[Internação] Notificação de internação” e realizar a busca por “UBS da área de abrangência” (lembrar que na lista constam também os pacientes que evoluíram para óbito);
- ✓ Após obter a lista dos pacientes pelo Portal da Saúde ou pela Planilha de SRAG, utilizar o **Protocolo de Teleatendimento Pós-COVID** (ANEXO 1) para proceder a pesquisa dos critérios de “Long COVID-19”.

## 2.b. Demanda espontânea:

- ✓ **Triagem ativa - UBS:** é importante fazer a triagem de sintomas para descartar a COVID-19 como doença ativa (**Síndrome Gripal:** é considerada não ativa após 10 dias do início dos sintomas e se o paciente estiver 24 horas assintomático; **SRAG:** é considerada não ativa após 20 dias após o início dos sintomas e se o paciente estiver 24 horas assintomático) (ANVISA, 2020);
- ✓ **Identificar pacientes com Síndrome Pós-COVID-19 Aguda:** aplicar critério de definição de caso e encaminhar para o fluxo de Síndrome Pós-COVID-19 Aguda definido pela Unidade;
- ✓ **Observação:** ao identificar sintomáticos respiratórios, devem ser considerados os diagnósticos diferenciais da reinfecção por variante SARS-CoV-2: IVAS, sinusite viral/bacteriana, pneumonia bacteriana, pneumonia atípica, tuberculose pulmonar, tuberculose laríngea entre outros.

## 3. Programa para primeira avaliação:

- ✓ **Anamnese / antecedentes pessoais / medicamentos em uso;**
- ✓ **Exame físico:** peso e altura (para cálculo do IMC), saturação O<sub>2</sub> por oximetria de pulso, frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial, temperatura corporal, glicemia capilar;
- ✓ **Escala de Borg** (ANEXO 2): utilizar como referência para a atividade física a caminhada de 6 minutos em terreno plano ou a marcha estacionária por 2 minutos ou “teste de sentar e levantar por 1 minuto”;

✓ **Hipóteses diagnósticas;**

✓ **Conduta Clínica;**

- Orientação de exercício leve e boa alimentação;
- Orientação de exercícios respiratórios (se escala de Borg menor ou igual a 5 - vide “MANEJO DOS SINTOMAS PERSISTENTES”) ou encaminhamento para serviços de referência (se escala de Borg maior ou igual a 6 - vide **capítulo III**);
- Treinamento olfativo para casos de anosmia;
- Encaminhamento para acupuntura / auriculoterapia e Práticas Integrativas;
- Encaminhamento para o ambulatório especializado (Nefrologia, Cardiologia e Pneumologia) - vide Especialidade e Referências - vide capítulo III);
- Solicitação de exames (vide protocolo abaixo).

**Protocolo de exames (laboratoriais / Raio X de tórax / ECG):**

Não há indicação de avaliação com exames complementares de forma rotineira. Os exames devem ser solicitados criteriosamente de acordo com indicação clínica específica após cuidadosa avaliação de anamnese e exame físico. Essa avaliação clínica deve ser direcionada para investigar causas secundárias da persistência ou piora dos sintomas ou para excluir complicações, como embolia pulmonar ou miocardite. Alguns exames úteis para esse fim são listados a seguir e outros exames não listados podem ser necessários conforme a queixa.

- ✓ Geral: ECG, Glicemia, Hemoglobina Glicada, Hemograma, Creatinina, TSH;
- ✓ Mialgia (para identificar processo inflamatório): PCR e CPK;
- ✓ Idosos e pacientes que estiveram internados em UTI: NA, Ca total, K, Mg e Fósforo, Albumina, PCR;
- ✓ A critério clínico: Raio X de tórax PA / Perfil.

#### 4. Manejo de sintomas persistentes:

Após avaliação clínica, sendo excluídas as complicações, é recomendado manejo pragmático com suporte abrangente, evitando investigações excessivas.

O cuidado integral de um paciente com sintomas prolongados de COVID deve abordar:

- ✓ Avaliação e manejo de comorbidades descompensadas, como diabetes, hipertensão, DPOC, asma, cardiopatia isquêmica, entre outras;
- ✓ Atenção a cuidados de saúde geral: alimentação adequada, evitar tabagismo e uso de álcool, qualidade do sono;
- ✓ Aumento gradual de exercício físico, se tolerado;
- ✓ Atenção à saúde mental: escutar com empatia, avaliar e tratar problemas de saúde mental, colocar metas factíveis.

Além da abordagem integral e de suporte, a abordagem direcionada ao controle do sintoma persistente é fundamental para melhora da qualidade de vida.

##### 4.1. Síndrome Inflamatória Multissistêmica - Pediátrica (SIM-P)

**Crítérios diagnósticos:** confirmação diagnóstica de COVID-19 prévio, febre (sem outro foco infeccioso mais claro) há três ou mais dias, em crianças e jovens de até 21 anos, e pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: hiperemia conjuntival, sintomas gastrointestinais (dor abdominal, diarreia, vômitos), lesões mucocutâneas, exantema, hipotensão ou sinais de choque, características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite e/ou anormalidades coronárias, PCR e/ou VHS alterados.

Será necessário atendimento e maior **investigação hospitalar** para possível tratamento, para prevenir possíveis lesões ou sequelas cardíacas e/ou coronárias.

##### 4.2. Complicações hematológicas

Eventos tromboembólicos foram referidos em menos de 5% dos casos avaliados em análises retrospectivas na fase Pós-COVID (AVE, trombo intracardíaco, TVP, TEP). Sabe-se que a hipercoagulabilidade pode persistir por semanas após a infecção aguda, tendo o risco mais elevado associado à duração e gravidade do estado inflamatório.

Os prováveis mecanismos envolvidos são a lesão endotelial, as ativações de complemento e de plaquetas, a liberação de citocinas pró-inflamatórias, as alterações das vias de coagulação e a própria hipóxia persistente.

Níveis elevados de D-dímero (duas vezes acima do limite superior) associado às comorbidades que aumentam a chance de eventos trombóticos (neoplasia e imobilidade, p. ex.) são fatores que devem ser considerados na avaliação de risco, porém **não há recomendação formal para medidas de anticoagulação profilática até o momento.**

Sabe-se que somente os pacientes que tiveram evento trombótico devem permanecer anticoagulados por tempo não inferior a 3 meses.

O uso de antiplaquetários profiláticos não está ainda definido, salvo indicações conhecidas por outras condições clínicas.

Recomendar para todos os pacientes manter-se hidratados e com atividade física / deambulação sempre que possível.

#### **4.3. Complicações renais**

Lesão renal aguda com necessidade de terapia de substituição renal ocorre em 5% dos pacientes hospitalizados e em 20 a 30% dos doentes críticos em terapia intensiva, sobretudo naquelas com necessidade de ventilação mecânica, apresentando elevada mortalidade neste grupo. A maior parte dos que recebem alta hospitalar recupera a função renal total ou parcialmente, sem necessidade de permanência em terapia dialítica. A toxicidade viral direta, eventos trombóticos na circulação renal, a possibilidade de acometimento podocitário com proteinúria e a necrose tubular aguda são as vias patofisiológicas envolvidas no acometimento renal.

Recomenda-se a realização de creatinina e urina I como triagem e encaminhamento para avaliação especializada da nefrologia com taxa de filtração glomerular menor que 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> SC (calculados pelas **fórmulas logarítmicas - CKD-EPI ou MDRD**) ou anormalidades urinárias (proteinúria ou hematúria persistente).

Vale ressaltar que as condições associadas a progressão da doença renal crônica como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e hiperuricemia devem receber especial atenção na avaliação destes pacientes.

#### **4.4. Complicações pulmonares**

Os sintomas mais prevalentes são: dispneia, tosse, intolerância a esforços, dor torácica e hipoxemia (com ou sem dependência de oxigenoterapia). São encontrados em 42 a 66% dos pacientes na fase pós-aguda de COVID-19. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas complicações pulmonares são vários, incluem diminuição da massa muscular da caixa torácica e fatores associados ao vírus (invasão do epitélio alveolar e do endotélio pelo SARS-CoV-2) e os fatores associados à resposta imune contra o vírus (inflamação perivascular, ação de interleucinas, formação de tecido fibrótico) que atuam conjuntamente na lesão da barreira epitelial e endotelial, com invasão de monócitos e neutrófilos, levando a dano alveolar difuso fibroproliferativo. Anemia deve ser descartada em todo paciente com dispneia.

A prevalência de sequelas pulmonares em casos de COVID-19 pós-agudo parece estar relacionada com a gravidade da fase aguda, principalmente se o paciente tiver necessitado de suplementação de O<sub>2</sub> por cateter nasal de alto fluxo, ventilação mecânica invasiva ou pneumonia associada a ventilação mecânica. Dessa forma, é importante priorizar a avaliação de pacientes que necessitaram de internação em UTI, os mais idosos, os com múltiplas comorbidades e os que cursaram com múltiplas pneumonias nosocomiais, para detectar necessidade de reabilitação. A maioria dos pacientes que apresentam COVID-19 leve e moderada recuperam-se espontânea e gradualmente dentro de 6 semanas após a infecção por COVID-19, e geralmente não necessitam de atendimento especializado para reabilitação pulmonar.

Na ausência de suspeita de infecção secundária ou outras complicações, a tosse e dispneia podem ser manejados com exercícios de controle da respiração. Sugere-se instruir o paciente a realizar exercícios de respiração abdominal por 5 a 10 minutos várias vezes ao longo do dia.

Quando disponível, o monitoramento com oxímetro de pulso (três a cinco vezes na semana) nos pacientes com sintomas persistentes pode ser útil na avaliação e transmissão de segurança naqueles com dispneia persistente, especialmente os indivíduos sem hipoxemia crônica por outras condições.

A maioria dos pacientes com COVID-19 leve a moderada, que não necessitou de internação hospitalar, não requer encaminhamento para reabilitação ou para atenção especializada.

A avaliação das sequelas requer exame físico com ausculta pulmonar, aferição de saturação de O<sub>2</sub> e avaliação da capacidade funcional (cardiopulmonar) através da utilização da **Escala de Borg** em alguns testes físicos, como **teste senta e levanta** e/ou **teste de caminhada de 6 minutos/marcha estacionária**.

Pacientes com escore menor ou igual a 5 costumam apresentar melhora lenta e gradual ao longo de 4 a 6 semanas de exercícios aeróbicos leves, como caminhadas, com aumento gradual em intensidade conforme tolerância.

Como exames complementares, a depender da avaliação clínica, poderão ser úteis radiografia e tomografia de tórax.

Em alguns casos, haverá necessidade de suplementação de O<sub>2</sub> ou utilização de dispositivos de suporte ventilatório não-invasivo, devendo ser solicitado acompanhamento com SAD (conforme protocolo municipal de Oxigenoterapia Domiciliar e indicação de acompanhamento pelo SAD – essa solicitação é usualmente feita pela equipe hospitalar responsável pela alta do paciente).

Pacientes, que apresentam comprometimento pulmonar grave, fibrose pulmonar ou ventilação mecânica prolongada poderão se beneficiar de reabilitação respiratória específica, bem como matriciamento com a Pneumologia (vide **capítulo III**)

Os pacientes que apresentarem suspeita ou confirmação de fibrose pulmonar deverão ser avaliados pelo médico pneumologista (terapias antifibróticas para os casos de Pós-COVID ainda estão sendo estudadas sobre potenciais benefícios na prevenção e tratamento desse tipo de sequela).

#### **4.5. Complicações cardiovasculares**

A prioridade deve ser, inicialmente, diferenciar a dor musculoesquelética ou taquicardia sinusal (sintomas que podem ocorrer pós-infecção) de condições cardíacas potencialmente graves. A abordagem é similar a outros casos de dor torácica/palpitação e se baseia em coleta minuciosa de dados da história, exame físico e oximetria de pulso, além de investigação complementar (ECG e/ou Raio X de tórax - PA e perfil).

Ainda não há um consenso sobre miocardite viral no quadro agudo e ou inflamatória no Pós-COVID-19. No entanto, se houver suspeita de miocardite ou pericardite deve ser solicitado matriciamento na cardiologia da Policlínica 3 e orientar não fazer exercícios intensos por 3 meses (atletas devem ser orientados a suspender totalmente treinamento cardiovascular por 6 meses).

Em casos de tromboembolismo pulmonar deve ser mantida a anticoagulação por 3 meses após o evento (o paciente deve ser encaminhado para referência secundária ou terciária, conforme situação clínica).

Está indicada avaliação em serviço de emergência:

- ✓ Suspeita de evento cardiopulmonar agudo grave (embolia pulmonar, infarto do miocárdio, angina instável, dissecção de aorta, entre outros);
- ✓ Diagnóstico de fibrilação atrial aguda;
- ✓ Piora significativa do estado clínico geral (suspeita de pneumonia bacteriana, hipoxemia secundária a reinfecção por SARS-CoV-2, entre outros).

#### **4.6. Complicações neurológicas**

Queixas inespecíficas como fadiga, mialgia, cefaleia (enxaquecosa sem resposta aos analgésicos), disautonomia (hipotensão postural), tonturas, sensações vagas de raciocínio lentificado ou leve obnubilação são sintomas comumente observados em pacientes após quadros agudos de COVID-19 (em especial aqueles que permaneceram em Unidade de Terapia Intensiva). Devem ser tratados com medidas gerais: cessar hábitos não saudáveis, exercício leve diário, encaminhamento aos grupos de saúde integrativa e alimentação adequada. Caso não haja melhora, solicitar matriciamento de neurologia da Policlínica 3.



Acidentes vasculares isquêmicos, convulsões, encefalite, neuropatias cranianas e periféricas são raras e deve ser solicitado matriciamento neurologia da Policlínica 3.

Está indicada avaliação em serviço de emergência:

- ✓ Suspeita de acidente vascular isquêmico ou hemorrágico.

Com relação ao sintoma de fadiga, ainda não há evidências sobre terapias farmacológicas e não-farmacológicas para o manejo desse quadro. A principal recomendação é a realização de práticas integrativas e atividades físicas leves, de forma gradativa, devendo-se, entretanto, suspender as atividades em caso de recrudescimento de sintomas como febre, dispneia ou mialgias.

#### **4.7. Complicações endócrinas**

Diabetes mellitus “de novo” (inclusive em pacientes sem fatores de risco para diabetes mellitus) e piora do perfil glicêmico de pacientes diabéticos, que antes do COVID-19 estava compensado.

Pode ocorrer tireoidite subaguda (de Hashimoto ou Graves) com hipertireoidismo associado ou não.

Desmineralização óssea está fortemente associada à internação na UTI.

#### **4.8. Complicações dermatológicas**

##### **Queda de cabelo**

As manifestações dermatológicas de COVID-19 ocorrem, na maioria das vezes, após outros sintomas agudos de COVID-19. A queixa dermatológica predominante foi a queda de cabelo, observada em aproximadamente 20% dos pacientes.

A perda de cabelo pode ser atribuída ao eflúvio telógeno resultante de uma infecção viral ou de uma resposta ao estresse resultante. Investigações em andamento podem fornecer informações sobre os mecanismos imunológicos ou inflamatórios da doença, no entanto, ainda estamos sem um tratamento específico.

## **Lesões por pressão (LPP)**

Indivíduos que desenvolveram casos graves da doença, exigindo internação prolongada em UTI, podem apresentar lesões localizadas na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, denominadas lesões por pressão (LPP). Seu aparecimento ocorre em consequência de pressão ou de uma combinação de pressão e forças de cisalhamento e atrito.

O estímulo patológico da lesão por pressão está relacionado à isquemia e necrose tecidual. Existem fatores extrínsecos (pressão, atritos, cisalhamento e umidade) e intrínsecos: imobilidade, idade, nutrição, peso (extremos de peso), perfusão, doenças neurológicas, fármacos e incontinência urinária.

Os locais mais comuns para o aparecimento das LPP são as regiões isquiática, sacrococcígea, trocantérica, calcânea e maléolos laterais, devido à pressão e áreas de atrito entre o colchão e a pele na região dorsal e lateral do corpo do paciente. Contudo, no contexto da internação por COVID-19, devido a manutenção do paciente em ventilação mecânica na posição de prona (decúbito ventral) por tempo prolongado, observamos LPP também em região frontal, em local de proeminências ósseas da testa, nariz, queixo, mamas, mamilos e joelhos.

Para o manejo das LPP consultar protocolos existentes da SMS disponíveis em:

Guia de tratamento de Feridas – Campinas – SP, 2020  
[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Guia\\_Tratamento\\_Feridas.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Guia_Tratamento_Feridas.pdf)

Manual de Curativos – Campinas-SP, 2021

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual\\_Curativos.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Curativos.pdf)

Para os casos de feridas crônicas complexas, em seguimento por 3 meses ou mais e sem resposta adequada aos tratamentos prescritos, é possível acessar o fluxo para teleconsulta/matriciamento do ambulatório de feridas crônicas complexas. Os pacientes continuam com o acompanhamento pelas unidades de referência e as equipes destas unidades recebem o matriciamento dos profissionais do ambulatório.

Para solicitação, consultar o fluxo em:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Feridas\\_cronicas\\_complexas\\_fluxo\\_teleconsulta\\_matriciamento\\_ambulatorio.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Feridas_cronicas_complexas_fluxo_teleconsulta_matriciamento_ambulatorio.pdf)

O impresso para referência ao Ambulatório de Feridas Crônicas Complexas pode ser acessado através do link:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Feridas\\_cronicas\\_complexas\\_referencia.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Feridas_cronicas_complexas_referencia.pdf)

#### **4.9. Anosmia**

Os distúrbios olfativos persistentes (como anosmia, hiposmia, parosmia e fantosmia) têm sido, aparentemente, mais frequentes na COVID-19 em comparação com outras infecções virais. Alguns estudos têm demonstrado recuperação espontânea em uma parcela dos pacientes em torno de duas semanas. Para os casos que permanecem com distúrbios olfativos além desse período, ainda não há tratamentos farmacológicos com eficácia comprovada. O uso de corticosteroides tópicos ou irrigação com solução salina estão indicados para casos com outras doenças nasais concomitantes, como rinossinusite. Também é importante avaliar se o distúrbio olfativo pode estar relacionado a alterações nasossinusais obstrutivas ou lesões intracranianas.

O que tem sido recomendado em alguns serviços especializados de Otorrinolaringologia, à semelhança do que é utilizado em outros casos de anosmia pós-viral, é o treinamento olfativo que consiste na utilização de aromas bem definidos, com óleos essenciais (rosa ou gerânio, limão, eucalipto e cravo) para estimular a regeneração dos neurônios. Na impossibilidade de acesso a estes óleos essenciais podem ser utilizados alguns produtos caseiros, como limão, laranja, banana, baunilha, eucalipto, canela, cravo, café, ervas aromáticas.

A recomendação é que o paciente escolha 4 dos aromas, diferentes entre si, inspire normalmente durante 15 segundos cada, com intervalo de 10 segundos entre cada aroma, 2 vezes ao dia, por pelo menos 4 meses (12 semanas).

#### 4.10. Disfagia e Disfonia

São complicações frequentes de intubação orotraqueal prolongada (suporte ventilatório em Unidade de Terapia Intensiva) e, eventualmente, podem ser complicações da COVID-19 moderada (vide **anexo**).

#### 4.11. Diarreia

Na vigência de diarreia persistente, deve-se proceder a avaliação inicial com anamnese, exame físico e pesquisa de sinais de alarme, podendo complementar a avaliação com VHS, proteína C reativa, TSH, urina I (avaliar densidade urinária), anti-HIV, eletroforese de proteínas séricas, coprocultura, protoparasitológico, leucócitos fecais e pesquisa de sangue oculto nas fezes (está indisponível a pesquisa de toxinas do *Clostridium difficile* nas fezes).

Para pacientes que estiveram internados por tempo prolongado e/ou utilizaram antibiótico recentemente, considerar a possibilidade de colite pseudomembranosa (infecção por *Clostridium difficile*). Caso os resultados laboratoriais reforcem a suspeita de colite pseudomembranosa, pode-se iniciar o tratamento empírico com metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas por 10 dias.

Outras hipóteses diagnósticas são: intolerâncias alimentares, parasitoses, doença inflamatória intestinal (emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias), síndrome do intestino irritável pós infecciosa (dor abdominal recorrente, associada às evacuações e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, com exames usualmente normais) ou síndrome de má absorção (emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais).

Para **tratamento sintomático de diarreia**, casos sem fatores de risco para colite pseudomembranosa, sem diarreia sanguinolenta e sem febre podem ser manejados com uso de loperamida em dose inicial de 4 mg, seguida de 2 mg após cada evacuação diarreica (dose máxima diária de 16 mg) por um período menor ou igual a 2 dias. O manejo adequado da diarreia pode reduzir complicações como desidratação, distúrbios hidroeletrolíticos e isquemia colônica relacionada a depleção de volume.

#### **4.12. Síndrome Pós-cuidado Intensivo**

Pacientes que passam por cuidados em terapia intensiva podem experimentar uma ampla gama de complicações secundárias aos procedimentos de ventilação mecânica, sedação, bloqueio neuromuscular e imobilização prolongada. As complicações e manifestações podem estar presentes em maior ou menor grau, e incluem perda de condicionamento físico e respiratório, perda de massa muscular, desnutrição, problemas de deglutição, polineuropatia, déficits cognitivos e condições psiquiátricas. Pacientes idosos e com doenças crônicas, independentemente da idade, têm maior risco de desenvolver essas complicações. Deve-se avaliar o déficit presente e encaminhar para reabilitação (fisioterapia motora ou respiratória, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional) conforme o déficit apresentado.

#### **Fluxograma pós alta hospitalar de COVID-19 moderada / grave (enfermaria / UTI, respectivamente)**

Ambulatório terciário / quaternário:

- ✓ Síndrome pós UTI (PICS);
- ✓ Desnutrição grave;
- ✓ Dispneia limitante;
- ✓ Dependência O<sub>2</sub> suplementar;
- ✓ Múltiplas insuficiências orgânicas.

SAD:

- ✓ Indicações usuais de SAD;
- ✓ Acamado com sarcopenia e dependência de O<sub>2</sub> suplementar;
- ✓ Com dispositivos e complicações (traqueostomizados, em uso de cateter nasoenteral, acamados com indicação fisioterapia e/ou fonoaudiologia).

UBS/eSF/residência multiprofissional/NASF:

- ✓ Complicações não graves como distúrbio olfatório, fadiga, piora cognitiva, ansiedade, necessidade de reabilitação para pacientes com dependência leve a moderada;
- ✓ Demanda específica não grave - matriciamento;
- ✓ Demanda específica grave – encaminhamento atenção secundária, especialidades e referências.

## II – SAÚDE MENTAL

### Em relação ao atendimento da Saúde Mental:

A grande maioria dos casos se apresentará com sintomas leves, sem necessidade de intervenções mais invasivas. As principais manifestações pós COVID são prostração, astenia, alterações de sono inespecíficas. É importante diferenciar das sequelas de cunho neurológico. Alguns pacientes podem evoluir com sintomas de ansiedade mais graves, ataques de pânico e episódio depressivo.

### Questões norteadoras para o monitoramento a distância:

- ✓ Você tem se sentido animado para realizar suas tarefas? Tem conseguido realizá-las?
- ✓ Tem conseguido realizar suas atividades de vida diária (tomar banho, se alimentar, arrumar a casa entre outros) com autonomia (sozinho)?
- ✓ Tem apresentado dificuldades para dormir?
- ✓ Tem sentido mudança no hábito alimentar (comendo mais ou falta de apetite)?
- ✓ Tem se sentido mais triste ou muito nervoso?
- ✓ Há quanto tempo apareceram os sintomas (em caso de resposta positiva para qualquer das questões acima)?

### Quadro das condições clínicas para acompanhamento em Saúde Mental pós COVID-19:

Condição clínica	Duração dos sintomas	O que fazer
Paciente desanimado, triste, mas mantendo suas atividades	< 30 dias	Estimular atividade física, práticas integrativas, meditação, CECO, conversas com pessoas próximas. Monitoramento 15/15 dias
Paciente desanimado, triste, diminuindo suas atividades, insone, perdendo peso	> 30 dias	Marcar atendimento presencial com ESF em 15 dias
Ideias de morte ou TS prévia; crise de ansiedade com sensação de morte iminente; agitação psicomotora; quadro clínico amarelo, mas com antecedente de Transtorno Mental	A qualquer tempo	Realizar atendimento com profissional de saúde mental de referência da ESF (NASF ou CAPS)

### **III – ESPECIALIDADES E REABILITAÇÃO**

#### **Nos ambulatórios de especialidades**

Atualmente, os pacientes estão chegando para atendimento aos ambulatórios através de agendamento via sistema informatizado e, eventualmente, através de solicitação da equipe do hospital. Chegam nas unidades ainda em convalescença e, cada vez mais, são observadas sequelas no período pós internação como fadiga, fraqueza muscular, dispneia.

Considerando todo o contexto da pandemia e a redução de ofertas de vagas, existe uma preocupação dos especialistas quanto ao uso racional das vagas ofertadas pelos ambulatórios.

Após avaliação pelo médico da Unidade Básica de Saúde, alguns casos podem necessitar de encaminhamento ao especialista, quer devido a complicações ou a sintomas prolongados, sendo mais comum em pacientes que estiveram internados por longo período, especialmente em UTI. Quando necessário, deve ser focado nos distúrbios apresentados pelo paciente.

#### **Pneumologia**

Entre os pacientes atendidos pela Pneumologia da Policlínica 2, com manifestações Pós-COVID, não se observou até o presente momento sequelas graves ou definitivas em indivíduos previamente hígidos. Os pacientes que apresentam alterações nesse aparelho, em geral, já tinham alguma história de alteração prévia como asma, DPOC, tabagismo, obesidade, hipertensão, alteração metabólica.

Observa-se que há necessidade de um tempo para recuperação do quadro consumptivo que a infecção provoca, que leva em torno de 2 meses ou mais, não havendo indicação de medicação inalatória para a sensação de fadiga relatada pelos pacientes nesse período de convalescença.

A recuperação nutricional e ponderal, com reposição de massa muscular, além dos aspectos emocionais que são fortemente afetados durante a doença, trazendo sensações de fadiga e falta de ar, precisam ser compensados para que não haja interpretação equivocada desses sintomas.

Complicações que possam ter surgido durante o tratamento, como pneumonia extensa, empiema, tromboembolismo pulmonar, são fatores agravantes para se pensar no suporte necessário para o seguimento posterior.

Fenômenos graves como fibrose pulmonar e hipertensão pulmonar não são frequentes, mas se a avaliação feita pelo médico responsável pelo acompanhamento considerar necessário, devem ser investigadas. Atenção para dispneia e tosse seca persistente que costumam estar presente nesses quadros, e precisarão de tomografia de tórax e ecocardiograma para definição diagnóstica.

A anamnese detalhada e o conhecimento das condições clínicas anteriores ao quadro pós COVID, serão elementos importantes para que a equipe de Saúde da Família elabore o seu projeto terapêutico.

Pacientes com suspeita ou confirmação de doença intersticial pulmonar (fibrose pulmonar) ou hipertensão pulmonar devem ser encaminhados à pneumologia. Para encaminhamento do caso para a especialidade, deve-se utilizar o **“Roteiro de anamnese e informações clínicas para avaliação do paciente Pós-COVID com sintomas no aparelho respiratório”**, que se encontra no ANEXO 3.

## **Cardiologia**

Pacientes pós COVID podem cursar com insuficiência cardíaca, seja por quadro grave com instabilidade hemodinâmica, hipoxemia grave, miocardite, infarto ou tromboembolismo pulmonar na fase aguda da doença, seja por quadro clínico moderado sem necessidade de internação na fase aguda. É importante estarmos atentos para os sintomas clássicos de insuficiência cardíaca: dispneia aos esforços habituais, incapacidade de realizar esforços extra habituais, necessidade de interromper a marcha por cansaço ou tontura, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores, aumento do volume abdominal, empachamento, entre outros. É importante também atentar aos eventos tromboembólicos relacionados à COVID, diante de precordialgia, equivalentes anginosos ou instabilidade clínica; além de arritmias. Foi elaborado pelos cardiologistas da Policlínica III um roteiro para rastreamento de cardiopatias, que pode ser aplicado a pacientes com e sem antecedente de COVID-19. Este roteiro encontra-se no ANEXO 4.



## **Nefrologia**

Constituem-se critérios de encaminhamento para especialidade:

- ✓ Pacientes Pós-COVID que apresentam taxa de filtração glomerular estimada (CKD-EPI ou MDRD) menor ou igual a 60 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> superfície corpórea;
- ✓ Presença de proteinúria em exame de urina não explicada por outra doença de base (ex: hipertensão arterial, diabetes) ou proteinúria maior que 1 g em coleta de urina 24h;

Os pacientes que ficaram dialíticos durante a fase de internação por COVID-19 e não recuperaram função renal, saem de alta com vaga em Serviço de Diálise e passam a ser seguidos pelo nefrologista do próprio serviço.

## **Fluxos para Especialidades**

Os casos acompanhados pelos profissionais da Atenção Básica e que necessitem de encaminhamento ao especialista para avaliação, devem seguir os fluxos estabelecidos:

- ✓ Agendamento via Sol;
- ✓ Discussão do caso via e-mail ou telefone;
- ✓ Apoio matricial, preferencialmente por vídeo conferência. Os casos discutidos no matriciamento podem ser elencados a partir da prevalência ou da demanda apontada tanto pelas equipes de Saúde da Família, quanto pelos profissionais das Unidades de Referência (UR).

## **POLICLÍNICA 1**

E-mail: sms.policlinica1@campinas.sp.gov.br

Telefone: 3231-6954 / 3232-1306

## **POLICLÍNICA 2**

E-mail: policlinica2.matriciamento@campinas.sp.gov.br - para discussão de casos clínicos entre os profissionais das Unidades e, se necessário, através desse canal, viabilizar datas, horários e meios para aproximação dos serviços.

## **POLICLÍNICA 3**

E-mail: [matriciamento.cardio.poli3@gmail.com](mailto:matriciamento.cardio.poli3@gmail.com) - para discussão de casos na cardiologia.

E-mail: [especialidades.policlinica3@campinas.sp.gov.br](mailto:especialidades.policlinica3@campinas.sp.gov.br) para discussão de casos com as demais especialidades (Hematologia Adulto/Infantil, Neurologia, Gastroenterologia e Anticoagulação) e exames.

### **Nos Serviços de Referência em Reabilitação**

O perfil dos pacientes Pós-COVID atendidos nos Serviços de Referência, até o presente momento, é de pacientes que permaneceram em internação prolongada, submetidos a intubação orotraqueal, com quadros de perda de peso importante, polineuropatia periférica, parestesias, dispneia aos pequenos esforços, disfagias, alterações vasculares, evoluindo para dependência parcial nas atividades de vida diária. Na identificação desses casos, é importante correlacionar o grau de dependência funcional aos quadros de dispneia, de disfagia e de perda de peso.

### **Classificação de Risco em Reabilitação Pós COVID**

Para os casos Pós-COVID com necessidade reabilitação deve-se considerar o grau de dependência funcional, a saber:

- ✓ **Dependência funcional leve:** capaz de realizar suas atividades habituais prévias;
- ✓ **Dependência funcional moderada:** limitações para atividade de vida diária (AVD) e atividades laborais e/ou requer alguma ajuda para as atividades;
- ✓ **Dependência funcional grave:** incapacidade de andar sem ajuda e realizar suas atividades e/ou requer atenção constante.

### **Quando encaminhar os casos para os Serviços de Referência em Reabilitação:**

- ✓ **Dependência funcional leve:** acompanhamento pelo CS, com matriciamento das especialidades/referências;
- ✓ **Dependência funcional moderada:** acompanhamento pelo CS, com encaminhamento para especialidades/referências;
- ✓ **Dependência funcional grave:** acompanhamento pelas referências e SAD (oxigenoterapia), informado ao CS sobre o caso.

## Fluxos para Serviços de Referência no atendimento Pós COVID

Os pacientes com dependência funcional moderada ou grave, com idade até 59 anos devem ser encaminhados para avaliação no CRR através do e-mail [crr.agendamento@campinas.sp.gov.br](mailto:crr.agendamento@campinas.sp.gov.br). Os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos devem ser encaminhados para avaliação no CRI através do e-mail [agendamento.cri@campinas.sp.gov.br](mailto:agendamento.cri@campinas.sp.gov.br). Os pacientes com dependência funcional grave, em oxigenoterapia, devem ser encaminhados aos respectivos SAD, conforme fluxo de encaminhamento municipal.

### Avaliações complementares para condições clínicas específicas

É de suma importância considerar, nos pacientes com quadros de dependência funcional, o impacto da limitação funcional no cotidiano do indivíduo, correlacionando-o com condições clínicas específicas, a saber: dispneias, disfagia e quadro nutricional.

#### Dispneia

Para avaliação clínica complementar do grau de dispneias, propõe-se a utilização da escala do “Medical Research Council” modificada (mMRC). Os casos referidos como “categoria mMRC” de zero a 02 permanecem em monitoramento e orientações na APS, com possibilidade de matriciamento pela referência; os casos referidos como “categoria mMRC” de 03 e 04 devem ser encaminhados para serviço de referência.

#### Escala Medical Research Council Modificada (mMRC)

Categoria mMRC	Descrição
0	Dispneia só com grandes esforços.
1	Dispneia se andar rápido ou subir colina.
2	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar, ou quando caminha no plano, no próprio passo, para respirar.
3	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para respirar.
4	Não sai de casa devido à dispneia.

## Disfagia:

Para avaliação clínica da disfagia está indicada a utilização do Instrumento de Autoavaliação / EAT 10.

Pacientes que tenham nota de corte inferior a 3 permanecem em monitoramento e orientações na APS

Os casos que tenham nota de corte entre 3 a 7 devem responder ao Questionário Complementar para adequado acompanhamento do caso (permanência em orientações e monitoramento na APS com possibilidade de matriciamento pela referência OU encaminhamento para serviço de referência).

Os casos que tenham nota de corte superior a 7 devem ser encaminhados para serviços de referência.

## Instrumento de Autoavaliação / EAT 10:

0 = não é um problema / 4 = é um problema muito grande					
	0	1	2	3	4
1. Meu problema para engolir me faz perder peso					
2. Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa					
3. Preciso fazer força para beber líquidos					
4. Preciso fazer força para engolir comida (sólidos)					
5. Preciso fazer força para engolir remédios					
6. Dói para engolir					
7. Meu problema para engolir me tira o prazer de comer					
8. Fico com comida presa/entalada na garganta					
9. Eu tusso quando como					
10. Engolir me deixa estressado					
<b>TOTAL</b>					
Ponto de corte: maior ou igual a 3					

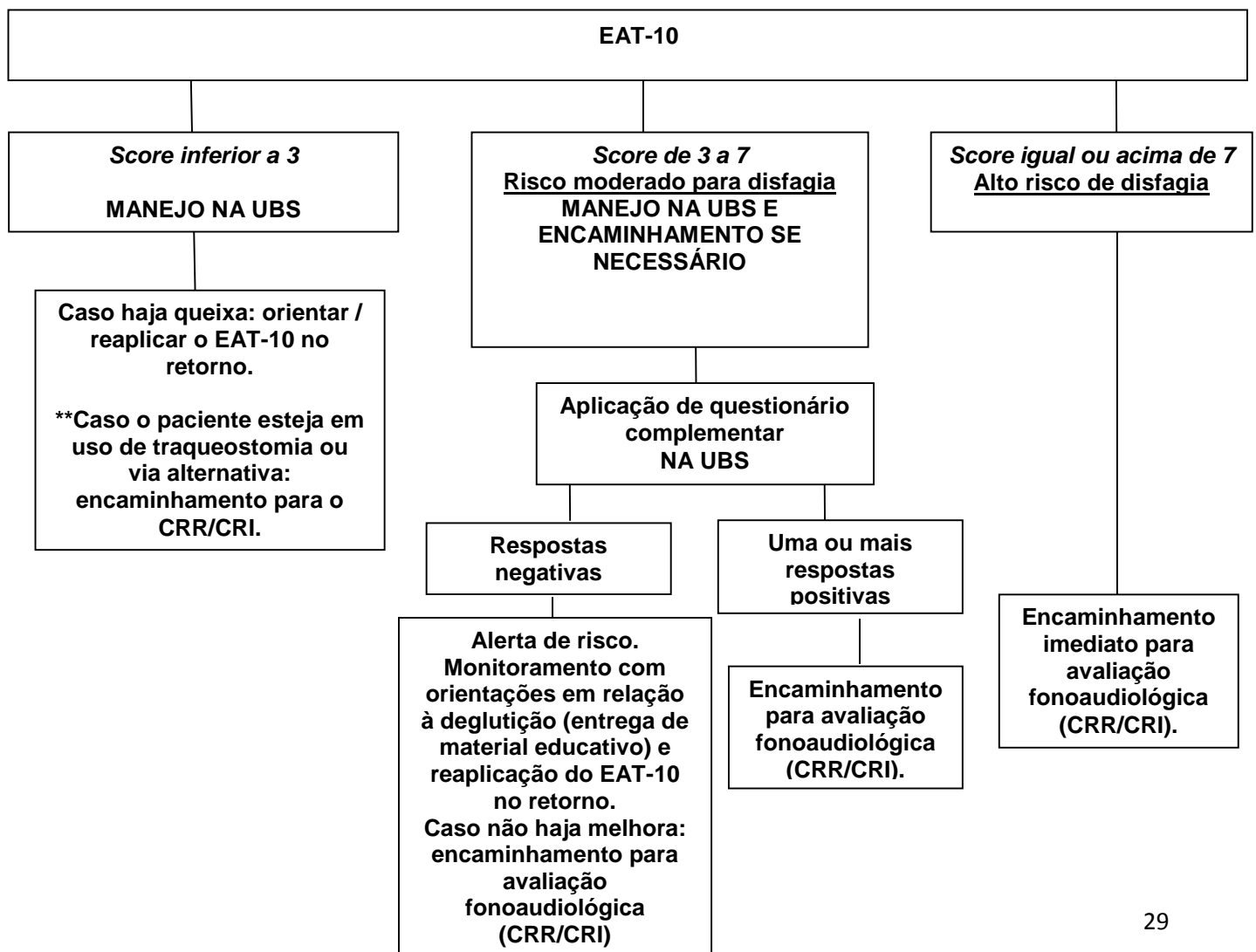
## Questionário complementar

1. O paciente está em uso de traqueostomia?
2. O paciente está em uso de via alternativa (sonda nasogástrica/nasoenteral ou gastrostomia)?
3. Ocorrem tosse/engasgo com líquidos e alimentos todos os dias?
4. Ocorre mudança de cor (arroxeadado/muito vermelho) ao se alimentar?
5. Apresenta perda de peso não intencional?
6. Apresenta pneumonias frequentes e/ou febre sem causa esclarecida?
7. Apresenta saída de alimentos ou líquidos pelo nariz?
8. Ocorre mudança na voz após engolir (voz “borbulhante”)?

Ponto de corte: maior ou igual a 1 questão SIM.

O fluxograma a seguir contém orientações para acompanhamento dos casos de disfagia:

## Fluxograma de acompanhamento dos casos de disfagia



## Risco Nutricional

Para avaliação clínica do risco nutricional, deve-se aplicar o questionário de 06 questões subjetivas, conforme detalhado abaixo. Pacientes que tenham pelo menos uma resposta “SIM”, permanecem em monitoramento e orientações na APS. Os pacientes que tenham duas respostas “SIM” também permanecem em monitoramento e acompanhamento na unidade com apoio da equipe NASF, dos residentes de nutrição e referência (Policlínica II). Os pacientes que tenham 3 ou mais respostas “SIM” devem ser encaminhados para serviços de referência (CRR ou CRI, conforme idade do usuário).

### Avaliação de Risco Nutricional para Pacientes Pós-COVID

	SIM	NÃO
Paciente apresentou perda de peso ponderal superior a 10% após o início da doença? $\% \text{ perda de peso} = (\text{peso usual} - \text{peso atual}) / \text{peso atual} \times 100$		
O indivíduo apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m <sup>2</sup> ? $\text{IMC} = \text{peso atual (kg)} / (\text{altura (m)} \times \text{altura (m)})$		
Atualmente, o indivíduo está com redução drástica na ingestão alimentar habitual por via oral ou está em uso de nutrição enteral (sonda)?		
O indivíduo apresenta algum grau de dependência para se alimentar?		
O indivíduo foi intubado durante a internação?		
O indivíduo apresenta lesão por pressão?		

### Classificação

Leve	Moderado	Grave
0 a 1 “SIM”	Até 2 “SIM”	3 ou mais “SIM”
Equipe de saúde da família	Nutricionista do NASF / residência multiprofissional e, na ausência de referência no território, Nutricionista da Policlínica II	Nutricionista do CRR: < 60 anos; CRI: ≥ 60 anos; SAD: se houver necessidade de cuidados domiciliares

Nos ANEXOS 6, 7 e 8 estão disponibilizadas orientações específicas de fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição, para auxiliar no acompanhamento dos casos leves nos Centros de Saúde.

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E ACADEMIA DE SAÚDE**

A abordagem dos pacientes com sintomas da “Long COVID” ainda está em construção, estimando-se até o presente momento que muitos dos que estejam com sintomas prolongados poderão recuperar-se espontaneamente. Cabe destacar que os recursos de Práticas Integrativas poderão ser utilizados como suporte à recuperação, em especial no manejo dos sintomas leves no “Long COVID”, sintomas estes como fadiga, dores musculares e articulares, cefaleia, distúrbios digestivos, sensação de ansiedade.

É importante considerar as ofertas de Práticas Integrativas disponíveis nos serviços da Atenção Primária; entre elas destacam-se a acupuntura sistêmica, microssistemas (por exemplo a auriculoterapia, Implantação de couro cabeludo), práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (chikung / chi- energia, kung- trabalhar, forjar) visando a melhora energética dos seus órgãos e vísceras, além de orientação de práticas meditativas, para o estresse emocional.

O único polo de Academia da Saúde cadastrado e credenciado pelo Ministério da Saúde do município de Campinas é o Espaço Centro de Referência Academia da Saúde. A oferta disponível neste momento é de avaliação nutricional mediante contato com o serviço para matriciamento dos casos.

Vale ressaltar que, com a ampliação dos núcleos profissionais no Programa de Residência Multiprofissional da SMS, passa-se a contar com educador físico nas unidades de saúde que são campo de estágios.

## **V - ATENÇÃO DOMICILIAR**

O Serviço de Atenção Domiciliar é peça fundamental na atenção ao paciente na fase Pós-COVID com foco na reabilitação. Pela sua constituição multidisciplinar, permite a avaliação global do paciente, com elaboração do Projeto Terapêutico Singular e definição de metas de curto e moderado prazos.

Frequentemente o SAD é acionado pelo próprio hospital na programação de alta do paciente e planeja conjuntamente as ações necessárias à continuidade do cuidado. Porém, considerando a alta demanda de sintomáticos respiratórios nas unidades básicas da saúde, o SAD também se torna instrumento de avaliação conjunta e mesmo de matriciamentos específicos no apoio às equipes da atenção primária.

Cabe também salientar que os critérios de admissão no SAD são definidos pelo Ministério da Saúde nas modalidades de Atenção Domiciliar 2 e 3 (Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016) e resumidamente se caracteriza por pacientes com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação ou necessidade de cuidados paliativos e que tenham dispositivos (cateteres enterais, gastrostomias, traqueostomias) ou outras complexidades como úlceras por pressão que demandem abordagem intensiva da equipe. Soma-se a necessidade de ventilação mecânica prolongada que poderá ser realizada no domicílio (a depender das questões de segurança para o paciente) e especificamente para os casos Pós-COVID, aqueles pacientes acamados, sarcopênicos e desnutridos, que estão em uso de suplementação de oxigênio no domicílio.

A inclusão do paciente no SAD não isenta a Atenção Primária do acompanhamento do caso. Pelo contrário, serve de vínculo e parceria no atendimento a todas as demandas e na construção do plano de cuidados.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar trabalha em parceria com todos os níveis da Rede de Atenção em Saúde, gerenciando as demandas por concentradores, ventiladores, BIPAP e CPAP. Atenção especial deve ser dada aos pacientes pós alta por COVID que recebem alta hospitalar em uso de oxigênio suplementar e que NÃO estão inseridos no SAD.



Estes devem ser avaliados regularmente pela equipe da atenção primária de forma a verificar a necessidade da manutenção da suplementação de oxigenoterapia e avisar ao Programa de Oxigenoterapia sempre que o recurso não seja mais necessário de forma a otimizar o uso.

Por fim, qualquer dúvida pode ser esclarecida pelo e-mail do respectivo SAD ou mesmo diretamente por telefone.

Para a solicitação de aparelho de oxigenoterapia, deve-se preencher o formulário de Requerimento - Roteiro de Requerimento para Oxigenoterapia Domiciliar - Serviço de Atendimento e Internação Domiciliar, disponível na página <https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO862E.pdf>. Devem ser apontadas no formulário todas as informações clínicas, identificação, endereço e contatos do usuário, bem como a prescrição do uso de aparelho (ex.: uso de concentrador com fluxo de 2 L/min por 24h/dia). Este formulário deve ser enviado ao e-mail: [sms.oxigenio@campinas.sp.gov.br](mailto:sms.oxigenio@campinas.sp.gov.br). Uma vez recebido, o Programa solicitará uma visita do SAD ao domicílio do usuário para verificar condições de instalação do aparelho e demais itens de segurança. Cumprida esta etapa, ocorre a solicitação para instalação do aparelho, com prazo de até 72h. É importante frisar que no atual momento de pandemia, existe sobrecarga das empresas para instalação de aparelhos de oxigenoterapia, o que vem acarretando alguns atrasos na instalação. Por isso mesmo, deve-se destacar na solicitação que o paciente está em programação de alta, com a data agendada para esta alta, de forma a agilizar este processo.

Telefone do POD: 3272-5488

## VI - INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA

O Portal de Serviços de Saúde desenvolvido pela Coordenadoria Setorial de Informática possui um módulo chamado Internação. Atualmente este módulo possui informações vindas do SIVEP-Gripe.

Os casos trazidos são georreferenciados em um pré-processamento e cada Unidade Básica de Saúde (UBS) recebe informações quando um cidadão de sua área de abrangência teve SRAG e pode: estar internado, ter recebido alta hospitalar ou ter ido a óbito. Neste sentido, temos as informações consolidadas por UBS para conhecimento de suas Equipes de Saúde de Família sobre os casos a serem acompanhados.

Ocorre que o SIVEP-Gripe não traz informações que sejam capazes de direcionar o acompanhamento do cidadão através de algoritmos definidos para cálculo de risco e conduções a serem realizadas. Neste sentido, a proposta é aproveitar este módulo para implantar melhorias que nos permita dar o devido cuidado a cada paciente de acordo com uma análise de fatores a serem informados no ato da alta.

O médico responsável pela alta, observando a necessidade de acompanhamento ambulatorial do paciente, entra no portal com login e senha fornecidas pela prefeitura, e preenche a requisição. A ficha de requisição deve ser o mais simples possível, incluindo apenas dados fundamentais para a avaliação de prioridade do acompanhamento e para levantamento dos dados estatísticos.

O portal preencherá automaticamente a parte conhecida pelo sistema facilitando seu preenchimento e incentivando seu uso. Dentre os campos de preenchimento automático temos:

- ✓ Dados pessoais e residência;
- ✓ Unidade Básica de Saúde e Microárea, quando preenchido pela equipe responsável;
- ✓ E alguns dados que porventura tenham sido computados no SIVEP-Gripe, como: Data da Internação; data e resultado do exame de COVID; se ficou em CTI e etc.

Com este resumo de informações em mãos, o profissional de saúde responsável pela alta deverá preencher um questionário objetivo, onde possamos avaliar a necessidade do paciente.

## REFERÊNCIAS:

BARAZZONI R. et al. **Declaraciones de expertos ESPEN y orientación práctica para el manejo nutricional de individuos con infección SARS-CoV-2.** Clinical Nutrition, 2020. Disponível em: <http://www.nutritioncare.org/covid19/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids.** Brasília, DF: 2012. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 07/2020, de 08 de maio de 2020, revisão 2 de 17 de setembro de 2020. **Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020).** Brasília, DF. 17-set-2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília, DF. 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual Clínico de Alimentação e Nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV.** Brasília, DF: 2006. 70 p.

CARFI A., BERNABEI R., LANDI F., for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. **Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19.** JAMA. 2020;324(6):603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>. Acesso em 05/11/2020

CUPPARI, L. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP. **Guia de Nutrição clínica no adulto.** 3ª edição. Barueri, SP. 2014. 624 p.

GREENHALGH, T. *et al.* **Management of post-acute covid-19 in primary care.** BMJ, [s. l.], 11 ago. 2020. DOI 10.1136/bmj.m3026. Acesso em 05/11/2020. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3026.full.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020

CORNELY, A. F. H.; FLÔRES DA ROCHA, J. G. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Avaliação e Manejo de sintomas prolongados de COVID-19**. Porto Alegre, RS: TelessaúdeRS-UFRGS. **Out 2020** [citado em **21 Out 2020**]. Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao\\_e\\_manejo\\_de\\_sintomas\\_prolongados\\_covid.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao_e_manejo_de_sintomas_prolongados_covid.pdf).

KOVELIS, D.; SEGRETTI, N.O.; PROBST, V.S.; LAREAU, S.C.; BRUNETTO, A.F.O.; FÁBIO PITTA, F. **Validação do *Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire* e da escala do *Medical Research Council* para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil**. J. bras. pneumol. vol.34, nº.12. São Paulo. Dec. 2008. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132008001200005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008001200005).

Acessado em 19 de fevereiro de 2021.

LIMA, SCVC (Org.). **Terapia nutricional para prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com COVID-19**. Natal: EDUFRN, 2020 [acesso em 09 fev 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29246>.

MERCANTE, G. *et al.* **Prevalence of Taste and Smell Dysfunction in Coronavirus Disease 2019**. JAMA, [s. l.], 18 jun. 2020. DOI 10.1001/jamaoto.2020.1155. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/2767510?widget=personalizedcontent&previousarticle=2738433>. Acesso em: 29 set. 2020.

NALBANDIAN A., SEHGAL K., *et al.* **Post-Acute COVID-19 Syndrome**. Nature Medicine. 2021:27:601-615. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19**. Guideline. Publicado em 18-12-2020. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n136.full.pdf>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **What we know about Long-term effects of COVID-19: The latest on the COVID-19 Global situation & long-term sequelae.** 9 set. 2020. Apresentação em "Power Point". Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2). Acesso em 29set20.

PORTAL PEBMED. **DPOC: novidades na abordagem diagnóstica e terapêutica do GOLD 2018.** Disponível em <https://pebmed.com.br/dpoc-novidades-na-abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-gold-2018/>. Acessado em 19 de fevereiro de 2021

SALES PERES S.H.C., AZEVEDO SILVA L.J., BONATO R.C.S., SALES PERES M.C., PINTO A.C.S., JUNIOR J.F.S. **Coronavirus (SARS-CoV-2) and the risk of obesity for critically illness and ICU admitted:** Meta-analysis of the epidemiological evidence. Elsevier. 2020;14.389-397.

SILVA, E.G.; PAULA, T.P.; LIMA, V.W.S. **Orientações nutricionais pós-alta para pacientes com COVID-19.** Rio de Janeiro: UFRJ / HUCFF; 2020 [acesso em 09 fev 2021]. Disponível em: <http://download.hucff.ufrj.br/DIVULGACOES/2020/ORIENTA%C7%D5ES%20NUTRICIONAIS%20P%D3S-ALTA%20PARA%20PACIENTES%20COM%20COVID-19%20Junho.pdf>.

TENFORDE, M.W. *et al.* **Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network** - United States, March–June 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report, Estados Unidos, 31-jul-20. DOI <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6930e1-H.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

## ANEXOS:

### ANEXO 1- PROTOCOLO DE TELEATENDIMENTO PÓS-COVID

#### SINTOMAS CRÔNICOS PRÉVIOS à COVID-19

- FEBRE
- TOSSE
- DIARREIA
- FALTA DE AR
- DOR ABDOMINAL
- PALPITAÇÕES
- DOR TORÁCICA
- DOR ARTICULAR
- FADIGA
- ALTERAÇÃO OLFATO
- DOR DE CABEÇA

(Se **algum sintoma foi assinalado acima**, deve ser excluído durante questionamento das listas abaixo)

#### SINTOMAS APÓS COVID-19

- FEBRE
- TOSSE
- DIARREIA

(A **presença de 1 dos 3 dos sintomas acima**, pode estar associada à reinfecção, encaminhar para triagem respiratória da UBS)

- FALTA DE AR
- DOR ABDOMINAL
- PALPITAÇÕES
- DOR TORÁCICA
- DOR ARTICULAR
- FADIGA
- ALTERAÇÃO OLFATO
- DOR DE CABEÇA
- DOR DE GARGANTA
- ALTERAÇÃO PALADAR
- DOR MUSCULAR
- LESÕES DE PELE

AGRAVAMENTO DO QUADRO DE DEMÊNCIA

PERDA DE SENSIBILIDADE/FORMIGAMENTO EM EXTREMIDADES

OUTROS  QUAL: \_\_\_\_\_

(A **presença de 1 sintoma acima** define Long COVID, agendar consulta com clínico para avaliação de Long COVID; a **ausência** define COVID resolvida, sem conduta específica)

## ANEXO 2 - ESCALA DE BORG

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEPÇÃO DE ESFORÇO		
0	REPOUSO	
1	DEMASIADO LEVE	
2	MUITO LEVE	
3	MUITO LEVE-LEVE	
4	LEVE	
5	LEVE-MODERADO	
6	MODERADO	
7	MODERADO-INTENSO	
8	INTENSO	
9	MUITO INTENSO	
10	EXAUSTIVO	

**ANEXO 3 - PNEUMOLOGIA - ROTEIRO DE ANAMNESE E INFORMAÇÕES CLÍNICAS PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES PÓS-COVID COM SINTOMAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_ / \_\_ / \_\_

CNS: \_\_\_\_\_

UNIDADE BÁSICA DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

QUEIXA ATUAL \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DO EVENTO COVID:

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_ / \_\_ / \_\_

NECESSITOU INTERNAÇÃO SIM ( ) NÃO ( )

QUANTOS DIAS: ENFERMARIA \_\_\_\_\_ UTI \_\_\_\_\_

ENTUBAÇÃO SIM ( ) NÃO ( ) QUANTOS DIAS: \_\_\_\_\_

TRAQUEOSTOMIA SIM ( ) NÃO ( ) QUANTOS DIAS: \_\_\_\_\_

AINDA COM TRAQUEOSTOMIA ( )

PESO ANTES DA INFECÇÃO POR COVID: \_\_\_\_\_ Kg

PESO DEPOIS DA INFECÇÃO POR COVID: \_\_\_\_\_ Kg

RAIO X: \_\_\_\_\_ TOMOGRAFIA: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES:

ASMA ( ) DPOC ( ) TABAGISMO ( ) ETILISMO ( )

OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) CARDIOPATIA ( ) QUAL: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES DE USO PRÉVIO A INFECÇÃO POR COVID:

MANTEVE O USO DAS MEDICAÇÕES DURANTE A INFECÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )

VOLTOU A UTILIZAR AS MEDICAÇÕES APÓS A INFECÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )

POR QUÊ ? \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO ATUAL: TOSSE: ( ) CANSAÇO: ( ) SATURAÇÃO DE O2: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE FÍSICA: SIM ( ) NÃO ( )



## ANEXO 4 - CARDIOLOGIA – ROTEIRO PARA ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Nome:	DN:
CS de Origem	SUS:
Responsável pela Avaliação:	CRM/COREN:

### 1) O paciente tem algum sintoma?

Amarelo	Verde	Azul
<input type="checkbox"/> Dispneia médios/pequenos (CFIII)	<input type="checkbox"/> Dispneia aos esforços grandes (CFII)	<input type="checkbox"/> Assintomático
<input type="checkbox"/> Dor típica (angina)	<input type="checkbox"/> Dor possivelmente anginosa	<input type="checkbox"/> Dor torácica atípica (não anginosa)
<input type="checkbox"/> Síncope	<input type="checkbox"/> Pré-síncope ou Tontura	<input type="checkbox"/> Palpitação

Outro sintoma:

### 2) Exame físico?

PA: \_\_\_\_\_ mmHg      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Saturação: O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ m

Amarelo	Verde	Azul
<input type="checkbox"/> PAs $\geq 180$ mmHg ou $< 90$ mmHg	<input type="checkbox"/> PAs 150-180mmHg	<input type="checkbox"/> PAs $< 150$ mmHg
<input type="checkbox"/> FC $> 100$ bpm ou $< 50$ bpm	<input type="checkbox"/> FC 80-100bpm	<input type="checkbox"/> FC $< 80$ bpm
<input type="checkbox"/> Saturação $< 90\%$	<input type="checkbox"/> Saturação 95-90%	<input type="checkbox"/> Saturação $> 95\%$
<input type="checkbox"/> Sopro sistólico $> 3+$	<input type="checkbox"/> Sopro sistólico $< 3+$	<input type="checkbox"/> Exame físico Normal
<input type="checkbox"/> Estertores / Sibilos	<input type="checkbox"/> MV reduzido	
<input type="checkbox"/> Edema de MMII		

Outra alteração

**3) O paciente tem fatores de risco cardiovasculares ou antecedentes de eventos cardiovasculares prévios?**

<b>Amarelo</b>	<b>Verde</b>	<b>Azul</b>
<input type="checkbox"/> 3 ou mais fatores de risco	<input type="checkbox"/> 2 ou menos fatores de risco	<input type="checkbox"/> 1 ou nenhum fator de risco
<input type="checkbox"/> Eventos há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> Eventos há mais de 6 meses	<input type="checkbox"/> Sem eventos
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica (arterial)	<input type="checkbox"/> DLP (LDL>130 ou HDL<45 ou TGL>150)	<input type="checkbox"/> Antecedente familiar de Infarto precoce
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica moderada (Cl Cr menor que 60ml/min)	<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca prévia	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> IAM prévio / AVC prévio	<input type="checkbox"/> História familiar de morte súbita	<input type="checkbox"/> Intolerância à glicose
<input type="checkbox"/> Procura ao PS por causa cardíaca	<input type="checkbox"/> Internação prévia (ICC, SCA)	<input type="checkbox"/> Etilismo, uso de SPA

Outro fator de risco ou evento:

**4) Medicções em uso atual:**

<b>Amarelo</b>	<b>Verde</b>	<b>Azul</b>
<input type="checkbox"/> 3 ou mais classes	<input type="checkbox"/> 2 ou menos classes	<input type="checkbox"/> 1 ou nenhuma
Inibidores Aldosterona <input type="checkbox"/> Espironolactona	Ieca: <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril	BB: <input type="checkbox"/> Propranolol <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Carvedilol
Antiagregantes plaquetários: <input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugrel	BRA: <input type="checkbox"/> Losartana <input type="checkbox"/> Valsartana	Estatina: <input type="checkbox"/> Sinvastatina <input type="checkbox"/> Atorvastatina <input type="checkbox"/> Rosuvastatina
Anticoagulantes: <input type="checkbox"/> Marevam <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Lixiana	BCC: <input type="checkbox"/> Anlodipino <input type="checkbox"/> Nifedipino <input type="checkbox"/> Diltiazem	Diurético: <input type="checkbox"/> HCTZ <input type="checkbox"/> Furosemida

Outras medicações:

### 5) Teve COVID-19? Se sim, como foi?

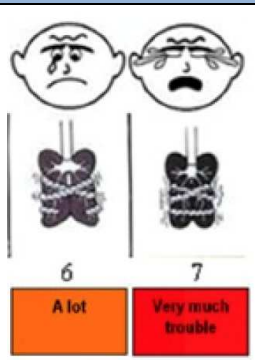
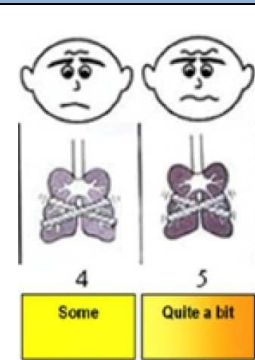
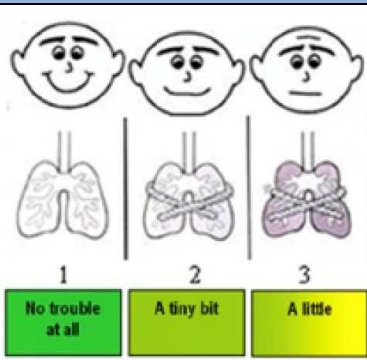
Amarelo	Verde	Azul
Internação hospitalar? <input type="checkbox"/> sim	Internação hospitalar? <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Sem COVID-19
Ventilação mecânica? <input type="checkbox"/> sim	Ventilação mecânica? <input type="checkbox"/> não	
Tempo de internação: <input type="checkbox"/> Maior ou igual a 7dias	Tempo de internação: <input type="checkbox"/> Menor que 7dias	
Troponina positiva? <input type="checkbox"/> sim	Troponina positiva? <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Não sabe troponina
D-dímero elevado? <input type="checkbox"/> sim	D-dímero elevado? <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Não sabe D-dímero

Observações sobre COVID-19: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6) Tolerância ao exercício: Teste de caminhada dos 6 minutos. (Anexo)

Amarelo	Verde	Azul
<b>&lt; 450 metros</b>	<b>450 a 500 metros</b>	<b>&gt; 500 metros</b>
 <p><b>Muito cansado</b></p>	 <p><b>Pouco cansado</b></p>	 <p><b>Sem nenhum cansaço</b></p>
PAS > 240mmHg	PAS 180-240 mmHg	PAS < 180mmHg
FC > 150bpm	FC 130-150 bpm	FC < 130 bpm
> FC máxima para idade	> 85% FC máxima para idade	< 85% FC máxima para idade
Cálculo FC máxima para idade = 220 – idade (anos)		

## ANEXO 5 - ROTEIRO PARA TESTE DE CAMINHADA

Nome:	DN:
CS de Origem	SUS:
Responsável pela Avaliação:	

Idade: \_\_\_\_ anos    Peso: \_\_\_\_ kg    Estatura: \_\_\_\_ m    IMC: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

### 1. Alguma contraindicação para realizar teste de caminhada?

Após repouso de 10 minutos:

<input type="checkbox"/> PAS > 180 mmHg	<input type="checkbox"/> Saturação <90% (paciente sem pneumopatia conhecida)	<input type="checkbox"/> Dor no peito ou infarto no último mês
<input type="checkbox"/> PAD > 100 mmHg	<input type="checkbox"/> FC >120 bpm	<input type="checkbox"/> Sibilos ou Estertores ao exame pulmonar

**Se sim para algum item acima, NÃO realizar teste de caminhada.**

### 2. Anotar sinais vitais antes, durante e após caminhada de 6 minutos:

Variáveis	Repouso	Sexto minuto	Recuperação		
			7º min	8º min	9º min
SpO <sub>2</sub> (%)					
FC (bpm)					
FR (irpm)			9º min		
PAS (mmHg)			9º min		
BORG (1-7)			9º min		

### 3. Orientar paciente a caminhar em linha reta (30 metros, dividida em 3 partes de 10m), seguindo a marcação do solo. Se precisar o paciente pode descansar, porém não pare contagem do tempo:

Distância Percorrida: \_\_\_\_ metros

Para auxiliar a contagem, riscar a distância conforme o paciente a percorre:

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
110	120	130	140	150	160	170	180	190	200
210	220	230	240	250	260	270	280	290	300
310	320	330	340	350	360	370	380	390	400
410	420	430	440	450	460	470	480	490	500
510	520	530	540	550	560	570	580	590	600

#### 4. Precisou interromper teste antes dos 6 minutos?

<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Confusão	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Risco de queda	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> BORG 6-7	<input type="checkbox"/> Dor limitante MMII	<input type="checkbox"/> Dor em outro local	<input type="checkbox"/> Outro motivo

Observações: \_\_\_\_\_

#### Verificar: Check list completo?

- Páginas 1 e 2 preenchidas
- Teste de caminhada
- ECG recente (enviar foto por e-mail)
- Rx tórax (se possível foto, descrição ou laudo)
- Exames laboratoriais (Urina I, Hemograma, Creatinina, Ureia, Ácido Úrico, Perfil Lipídico, TSH, Glicemia, Sódio e Potássio)

#### Enviar para e-mail do matriciamento:

**[policlinica3.matriciamentocardiologia@campinas.sp.gov.br](mailto:policlinica3.matriciamentocardiologia@campinas.sp.gov.br)**

Após avaliação do roteiro e dos exames enviados será enviada resposta sobre o caso via e-mail.

#### Justificativa: por que esse roteiro é importante?

A pandemia nos obrigou a uma reestruturação do nosso serviço, ao mesmo tempo que a COVID-19 aumenta o risco para desenvolvimento de cardiopatias. É importante estarmos atentos aos pacientes crônicos, com COVID e sem COVID, para podermos oferecer atendimento adequado a todos os que precisam. Os amarelos serão avaliados primeiro, mas não podemos deixar de avaliar os verdes em momento oportuno. Gostaríamos de identificar precocemente aqueles pacientes com algum comprometimento cardíaco para podermos atuar e reduzir o risco de evolução para insuficiência cardíaca e morte cardiovascular.

# ANEXO 6 - FISIOTERAPIA - ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

## OS BENEFÍCIOS DOS EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS NA PREVENÇÃO DA COVID-19

### VOCÊ SABIA ?

Por ser um vírus respiratório, o Sars-Cov-2, causador da Covid-19, ataca principalmente os pulmões, em especial as células dos alvéolos, onde ocorre a troca de gases entre o pulmão e a corrente sanguínea

### DICA

Realizar exercícios respiratórios, além de auxiliar na eliminação de fumaça de ar e de outras complicações pulmonares, fortalece os pulmões, prevenindo contra possíveis doenças que ataquem o sistema respiratório.

### BENEFÍCIOS DOS EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

- ✓ Fortalecem a musculatura respiratória
- ✓ Melhoram a saúde dos pulmões
- ✓ Liberam secreções do pulmão e vias aéreas
- ✓ Diminuem a sensação de cansaço (relaxamento)
- ✓ Facilitam a entrada de oxigênio
- ✓ Auxiliam na prevenção de doenças e infecções broncopulmonares

### E OS EXERCÍCIOS SÃO FÁCEIS DE FAZER!

- ✓ Realizar 1x ao dia
- ✓ Repetir cada exercício 10x
- ✓ Estar calmo e concentrado na respiração durante os exercícios
- ✓ Em caso de dúvida, consulte o fisioterapeuta da unidade de saúde

## EXERCITE-SE

**Deltado de barriga para cima, com o tronco levemente elevado, colocar as mãos sobre a barriga, puxar o ar pelo nariz enchendo a barriga e soltar o ar pela boca lentamente, fazendo bico.**

**Deltado de lado, com um travesseiro entre os joelhos, deixar o braço esticado ao lado do corpo. Puxar o ar pelo nariz ao mesmo tempo que eleva o braço desenhando uma meia lua. Soltar o ar pela boca retornando o braço ao lado do corpo. Repetir do outro lado.**

**Sentado com a coluna bem apoiada e os pés no chão. Corpo relaxado.**

São 3 exercícios:

- ✓ Puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca lentamente
- ✓ Puxar o ar pelo nariz e prender por 2 segundos, puxar mais um pouco de ar e prender de novo, puxar o máximo que conseguir e soltar lentamente pela boca
- ✓ Puxar o ar pelo nariz lentamente, prender por 3 segundos e soltar pela boca fazendo bico.

**Em pé, com os pés um pouco afastados, braços ao longo do corpo, puxar o ar pelo nariz e ao mesmo tempo, elevar o braço em direção ao teto. Soltar o ar pelo nariz e, ao mesmo tempo, retornar os braços ao longo do corpo.**

### CUIDE-SE

Mantenha uma boa alimentação!  
Beba bastante água!  
Pratique exercício físico adequado!

DESENVOLVIDO POR  
**THAIS SETTE GERMANO**  
Fisioterapeuta - CREFITO-3: 263237  
NASF SUDOESTE (CS Aeroporto e CS Dlx 3)

APOIO E REALIZAÇÃO  
**NEPS**  
(Núcleo de Educação Permanente em Saúde)  
DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE

PROJETO GRÁFICO  
**RÉGIS HENRIQUE DE OLIVEIRA**  
DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE

## **ANEXO 7 - FONOAUDIOLOGIA - ORIENTAÇÕES GERAIS**

A Fonoaudiologia é uma ciência que busca ajudar o paciente a se alimentar e a se comunicar melhor. O trabalho do fonoaudiólogo é cuidar da segurança durante a alimentação e favorecer formas de comunicação para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

### **ALIMENTAÇÃO**

É comum que pessoas que tenham apresentado COVID-19 e/ou outras doenças (AVC, Doença de Parkinson, Demência de Alzheimer, dentre outras) tenham **DISFAGIA**, dificuldade em engolir alimentos, líquidos e medicamentos. Em muitos casos, pode acontecer que esses conteúdos vão para o pulmão ao invés de ir para o estômago. O fonoaudiólogo, em conjunto com o nutricionista, avalia qual consistência alimentar (pastosa, líquida, sólida) o paciente pode comer e de quais formas, orientando exercícios e manobras. Por isso é fundamental que pessoas com essas dificuldades sejam avaliadas.

Alguns sinais de disfagia são:

- ✓ Dificuldade para mastigar;
- ✓ Saída da comida ou bebidas para fora da boca;
- ✓ Escape de saliva para fora da boca;
- ✓ Dor ao engolir;
- ✓ Sensação de comida/líquidos/medicamentos parados na “garganta”;
- ✓ Tosse e/ou engasgos durante a alimentação ou ao tomar líquidos;
- ✓ Tosse e/ou engasgos com saliva;
- ✓ Mudança de cor (arroxado/muito vermelho) ao se alimentar;
- ✓ Dificuldade para respirar; ficar ofegante ao se alimentar;
- ✓ Medo de se alimentar;
- ✓ Sobra de comida na boca após engolir;
- ✓ Sensação de boca seca;
- ✓ Mudança na voz após engolir (voz “borbulhante”);
- ✓ Pneumonias frequentes (sem outras causas);
- ✓ Emagrecimento (sem intenção, ou seja, sem fazer regime);
- ✓ Desidratação;
- ✓ Febre.

A disfagia traz consequências sérias para a família e para a qualidade de vida do paciente. É fundamental que todos sigam as orientações e sejam nossos parceiros para reduzir os riscos.

### O que fazer:

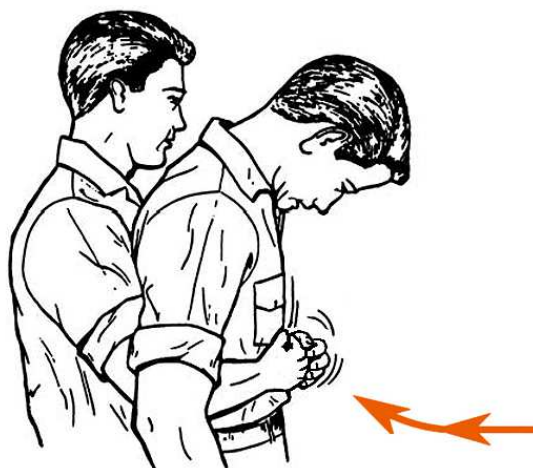
- ✓ Tenha paciência! Pode ser que agora o paciente precise de mais tempo para comer. Aguarde e não o apresse. Ofereça os alimentos devagar, com calma.
- ✓ Reduza as distrações no ambiente da alimentação (desligue a televisão e o rádio; retire celulares e outros estímulos visuais; reduza as conversas com o paciente enquanto ele estiver comendo).
- ✓ Observe atentamente as condições da boca: falta de dentes e doenças orais (cáries, gengivites) prejudicam muito a mastigação. Caso use prótese dentária (“dentadura”), verifique se está ajustada. É muito mais difícil mastigar se a dentadura não estiver adequada.
- ✓ Ao se alimentar, o paciente precisa estar sempre **SENTADO** preferencialmente à mesa ou o mais elevado possível. Após comer, aguardar pelo menos 30 minutos antes de deitar novamente.
- ✓ Incentive a autonomia do paciente: deixe-o segurar os talheres e copos da forma como consegue. É importante que ele tente. Porém tome cuidado com a segurança: coloque **pouca quantidade** no talher.
- ✓ Ao ofertar a comida, posicione o talher de frente para a pessoa, em linha reta. Espere que ela busque o alimento com os lábios. Caso ela não consiga, pressione o talher no meio da língua, fazendo movimento para baixo e incentive-a a pegar com o lábio superior.
- ✓ Ao beber líquidos ou ingerir comida, o paciente deve manter sempre a cabeça bem reta (a não ser que haja orientação do fonoaudiólogo).
- ✓ Ao contrário do que as pessoas costumam pensar, **a água** é um líquido **MUITO DIFÍCIL** para a maioria dos pacientes. Existe grande chance de engasgo com água. Tome muito cuidado! Outro alimento difícil é a gelatina, pois exige controle do alimento na boca e se transforma em líquido rapidamente.
- ✓ Ao ofertar líquidos, utilize um copo firme e encha-o completamente. Posicione o copo nos lábios do paciente e vire-o **bem devagar** (apenas caso o paciente não consiga pegar sozinho).



- ✓ Ofereça a quantidade em que não é preciso que o paciente movimente a cabeça (ele deve ficar sempre com a cabeça reta, a não ser que haja orientação do fonoaudiólogo), portanto encha o copo novamente sempre que necessário, para que ele não precise virar a cabeça para trás.
- ✓ O uso de espessantes para pacientes com dificuldades de engolir líquidos deve ser indicado **apenas após avaliação da deglutição**, pois nem todos os pacientes precisam ou devem utilizar esse produto.
- ✓ **Nem sempre o uso de canudo e oferta de alimentos pastosos** são as melhores opções para o paciente. Para escolher a consistência mais segura e as estratégias adequadas, é essencial a avaliação do fonoaudiólogo.
- ✓ Alimentos em grãos (arroz muito solto, feijão, grão de bico, amendoim, pipoca, entre outros) ou secos e duros (farofa, pé de moleque) podem ser muito difíceis e perigosos para pessoas com disfagia. Alimentos que soltam muita água ao serem mastigados (melancia, laranja, entre outros) também podem ser difíceis para alguns pacientes. Busque orientação dos profissionais.
- ✓ Se o paciente referir que sente alimentos “parados na garganta”, solicite que engula várias vezes, com força. O paciente pode tomar um gole pequeno de água ou suco para auxiliar na limpeza, **desde que não exista nenhuma restrição quanto à ingestão de líquidos** (não haja risco para essa consistência).
- ✓ Pacientes com quadros neurológicos muitas vezes demoram mais para engolir e “esquecem” o alimento na boca. Incentive a engolir várias vezes se necessário e observe a boca após a deglutição.
- ✓ É preciso limpar muito bem a boca do paciente após cada refeição (converse com a equipe de saúde sobre a melhor forma de fazer isso). Caso ele não se alimente pela boca, **é preciso limpar diariamente também**, pois a saliva contém bactérias que podem causar pneumonia.
- ✓ Caso o paciente tenha dificuldades para engolir medicamentos, peça orientação para a equipe de saúde. Existem medicamentos que podem ser engolidos com comida e outros não. Não abra os medicamentos, não amasse ou misture sem orientação.
- ✓ Caso o paciente use sonda para se alimentar, siga todas as orientações recebidas. Alguns pacientes mesmo com sonda podem se alimentar pela boca, mas isso só pode ser feito **se for indicado pela equipe de saúde**.

## O que NÃO fazer:

- ✓ Não jogue/despeje os alimentos/líquidos na boca do paciente.
- ✓ Não ofereça alimento/líquidos se o paciente estiver sonolento ou dormindo.
- ✓ Não ofereça alimento/líquidos para o paciente deitado.
- ✓ Não inclinar a cabeça para trás ao comer ou beber.
- ✓ Não colocar grandes quantidades de alimento/líquido dentro da boca.
- ✓ Não comer ou beber muito rápido.
- ✓ Não triturar, amassar ou abrir comprimidos sem orientação da equipe de saúde. Muitos remédios podem perder o efeito se isso for feito.
- ✓ Caso o paciente use sonda e ela saia do lugar, **JAMAIS** empurre de volta: procure o serviço de saúde de referência para recolocar.
- ✓ **Caso o paciente ENGASGUE:** Peça que tussa com força, várias vezes. Não ofereça novos alimentos ou líquidos.
- ✓ Se a pessoa estiver ficando sem ar, com a coloração azulada e a tosse não funcionar, peça ajuda e faça a manobra de Heimlich:
  - Fique atrás do paciente e coloque os braços em volta dele;
  - Feche uma de suas mãos e coloque a outra aberta por cima dela.
  - Posicione as mãos no abdômen do paciente e faça força para dentro e para cima (“movimento de J”).
  - Repita por 5 vezes até que o paciente desengasgue.



- ✓ NUNCA coloque o dedo (ou objetos) na boca e na garganta do paciente que está engasgando, pois você pode empurrar ainda mais o alimento para baixo.

## **ANEXO 8 - NUTRIÇÃO - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS**

### **Dez passos para uma alimentação adequada e saudável**

1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
3. Limitar o consumo de alimentos processados.
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.
10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

### **Terapia nutricional na reabilitação pós-COVID-19**

Alguns sinais e sintomas clínicos podem persistir no paciente com COVID, mesmo após alta hospitalar. A seguir, apresentaremos os mais comuns e sugestões de abordagens nutricionais a fim de minimizar, ou até mesmo reverter, as alterações clínicas citadas.

#### **Alterações de olfato e paladar**

- ✓ O uso de temperos naturais no preparo das refeições pode ajudar a realçar o sabor dos alimentos. Aumente a quantidade de alho, cebola, orégano, salsinha, cebolinha, pimenta, páprica, dentre outros, ao temperar os alimentos;
- ✓ Alimentos ofertados em temperaturas mais elevadas pode estimular outros sentidos;
- ✓ Capriche na apresentação do prato, para que seja visualmente agradável e colorida;
- ✓ Lembre-se que apesar das alterações sensoriais, ter uma alimentação saudável é fundamental para sua recuperação;

- ✓ Se você tiver a sensação de gosto metálico ao se alimentar, substitua os talheres de metal por talheres de plástico.

### **Redução do apetite e perda de peso**

Para que ocorra o ganho de peso saudável é necessário consumir quantidades adequadas de calorias, assim como de macro (em especial, proteínas) e micronutrientes (vitaminas e minerais). Afinal, o paciente com COVID não perdeu apenas gordura corporal, mas também massa muscular. Principais orientações:

- ✓ Mesmo que não sinta fome, não deixe de se alimentar. Consuma os alimentos em pequenas porções, em intervalos menores ao longo do dia. Faça no mínimo 4 refeições por dia (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar);
- ✓ Evite consumir preparações pobres em energia, como chás, gelatinas, sopas e caldos ralos. Se estiver com pouco apetite e consumir somente esses tipos de preparações, a chance de perder mais peso será maior;
- ✓ Faça as suas preparações preferidas! Relembre as receitas de família. Geralmente sentimos mais apetite quando nos são oferecidos os alimentos e refeições das quais mais gostamos;
- ✓ A apresentação do prato também é importante. Além de estimular o apetite, quanto mais colorida for a refeição, mais rica em vitaminas e minerais. Capriche na variedade e na forma de preparar os alimentos;
- ✓ Você deve aumentar a ingestão de líquidos, mas evite durante as refeições, pois neste caso você poderá se sentir satisfeito, mesmo sem ter consumido a quantidade adequada de alimentos;
- ✓ Evite beliscar entre as refeições. Assim você não vai perder a oportunidade de saborear um bom prato de comida de verdade, cheia de nutrientes importantes para a sua saúde;
- ✓ Para garantir o consumo de uma refeição nutritiva, evite substituir o almoço ou jantar por lanches. Os nutrientes obtidos nessas refeições são muito importantes!
- ✓ Lembre-se que a recuperação da massa muscular depende também da incorporação de exercícios físicos específicos na sua rotina. Converse com o médico e fisioterapeuta na alta sobre os exercícios adequados para você.

## **Cansaço ou falta de ar para mastigar**

Modifique a consistência das preparações para facilitar a mastigação. Prefira alimentos na consistência mais pastosa ou semilíquida.

Sugestões de como modificar a consistência, sem perder as calorias:

- ✓ Arroz: pode ser cozido mais papa. Você pode adicionar creme de leite para aumentar o valor calórico (energia) e torná-lo mais cremoso;
- ✓ Feijão: pode ser oferecido com os grãos amassados ou passados em uma peneira. Evite consumir somente o caldo, pois assim fica pobre em energia e proteínas;
- ✓ Macarrão: alguns tipos de massa (exemplo: aletria), cozinham rapidamente e são bem macias. Adicionar carnes com molho ajuda a fornecer mais nutrientes;
- ✓ Carnes (de boi, frango, peixe): procure substituir os grelhados ou assados por refogados e ensopados. As preparações com mais caldo ou molhos ajudam as carnes ficarem mais macias e facilitam a mastigação. Podem ser consumidas picadinhas, desfiadas ou moídas;
- ✓ Ovos: ao invés de um simples ovo cozido, que tal comer este excelente alimento na forma de omelete (com adição de queijo ou frango desfiado), panquecas ou mesmo picado por cima da comida? Assim você consome mais proteínas!
- ✓ Legumes e verduras: podem ser consumidos cozidos ou como purês (com leite e manteiga), suflês, em omeletes nutritivos. Se você optar por uma sopa, faça com legumes, carne ou frango e adicione batata ou inhame, assim ela ficará mais consistente e nutritiva!
- ✓ Frutas: procure consumir de 3 a 4 porções de frutas por dia. Elas podem ser oferecidas picadas, na forma de papas, como doces caseiros (se você não for diabético), ou ainda, em sucos e vitaminas;
- ✓ Leite: pode ser usado em vitaminas com frutas e cereais (ex: leite + banana + aveia) ou mesmo mingaus (aveia, fubá, amido de milho), que darão mais energia do que se ele fosse consumido puro ou somente com café.

Evite esforço físico antes de iniciar as refeições. Descanse, se necessário. Se sentir cansaço para algumas atividades diárias (exemplo: colocar roupa no varal), deixe para realizá-las no intervalo entre refeições.

Sente-se para comer (ou o mais próximo possível disso). Evite inclinar-se ou abaixar-se durante as refeições, para evitar tosses ou mesmo engasgos.

Utilize talheres menores ou coloque pequenas porções de alimentos na colher ou garfo. Assim, você não vai se cansar por mastigar excesso de comida de uma vez só.

Chás de limão, gengibre, canela, cúrcuma e hortelã podem auxiliar no alívio da congestão nasal (se houver).

Aumente o fracionamento da dieta e reduza o volume por refeição, oferecendo de 06 a 08 refeições/dia.

### **Estomatites orais e/ou fissuras orais**

- ✓ Modifique a consistência das preparações, conforme tolerância;
- ✓ Evite alimentos secos, duros ou picantes;
- ✓ Consuma alimentos em temperatura ambiente, fria ou gelada;
- ✓ Diminua o sal das preparações;
- ✓ Evite bebidas ácidas (ex: suco de laranja e limão) e carbonadas (ex: refrigerantes).