



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

**LINHA DE CUIDADO PARA PACIENTES COM COMPLICAÇÕES PÓS
COVID-19 NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Vitória/ES, julho de 2021.

COORDENAÇÃO

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado de Atenção à Saúde

Cristiano Luiz Ribeiro de Araújo

Gerente de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Maria Fernanda Moratori Alves

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Primária

Eliane Pereira da Silva

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada

AUTORES:

Camila Spagnol	Elane Dellacqua Passos
Carolina Perez Campagnoli	Emília Marchete
Christiane Faria Guterres	Erika Saiter Garrocho
Edna Cellis Vaccari Baltar	Franciele Luck
Elem Guimarães dos Santos	Gabriela Bertulozo Ferreira
Eliane Pereira da Silva	Helouise Santos Silva
Jaqueline Rosa Dias Depiante	Henrique Rezende Tiradentes
Joszilene Teodoro de Jesus	Jacqueline Oliveira Rueda
Maria Fernanda Moratori Alves	Jacqueline Silvestri
Marina Lima Daleprane Bernardi	Jordana Cristina Santos da Silva
Rosiane Ramos Catharino	Júlio César de Moraes
Werther Clay Monico Rosa	Leone Mendonça
	Lucimar Ventorin Hamsi
	Magda Santos Soares Callegari
	Margareth Pandolfi
	Mayke Armani Miranda
	Milena Lopes Bittencourt
	Raiany Boldrini Christe Jalles
	Sabrina Lamas
	Maria José da Costa Mendes
	Emília Marchette

COLABORAÇÃO:

Alexsandro de Moraes Vimercati
Alinne Muri Farias
Bernardete Delurdes Guerra de Mattos
Betsaida Moulin Malheiros
Camila Verane Delbone Telles
Carolina Lamonica Rezende

Sumário

1.	76
2.	98
3.	98
4.	1110
4.1 Atenção aos Pacientes com complicações pós Covid-19 na Atenção Primária à Saúde	11
4.1.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTE PÓS COVID-19 NA APS	13
4.1.2 CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DO PACIENTE PÓS COVID-19 NA APS	14
4.1.3	176
4.2 Atenção aos Pacientes com complicações Pós Covid-19 na Atenção Especializada	32
I- Componentes da Atenção Especializada na Linha de Cuidado pós Covid-19	27
II - Acesso aos serviços de saúde	28
III- Pontos de Atenção da Linha de Cuidado pós Covid-19 no ES	28
IV- Critérios clínicos para o acesso	36
V - Itinerário Terapêutico do paciente Pós Covid-19 na Linha de Cuidado	47
VI - Fluxo geral do paciente Pós Covid-19 na Linha de Cuidado	49
5.	60
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A - Medida de Independência Funcional (MIF)	63

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Centros de Especialidades no Estado do Espírito Santo, 2021.	29
Quadro 2: Serviços da Rede Hospitalar a Serem Referenciados para atendimento aos Pacientes na Síndrome Pós-Covid.	36
Quadro 3: Serviços Especializados da Rede Ambulatorial e municípios adscritos	
Quadro 4: Equipes de Atenção Domiciliar implantadas no Espírito Santo.	47
Figura 1: Fluxo atendimento ao paciente de alta hospitalar Pós Covid-19 na Atenção Especializada	49

VERSÃO PRELIMINAR

GLOSSÁRIO

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD - Atenção Domiciliar

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

AE - Atenção Especializada

AMENTS - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância em Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC -Acidente Vascular Cerebral

AVD -Atividades de Vida Diária

AVE -Acidente Vascular Encefálico

CAD - Cetoacidose Diabética

CAPAAC - Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CRE - Centro Regional de Especialidades

CREFES - Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DTM - Disfunção de Articulação Temporomandibular

eAP - equipe de Atenção Primária

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

EPI - Equipamento de Proteção Individual

eSF - equipe de Saúde da Família

ESPII - Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

FR - Frequência Respiratória

HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC - Índice de Massa Corporal

IRA - Insuficiência Renal Aguda

MIF - Medida de Independência Funcional

MS - Ministério da Saúde

MVREG - Sistema de Informação Utilizado Pela Autorregulação Formativa Territorial

NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NERI - Núcleo Especial de Regulação de Internação

NERCE - Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames

NIR - Núcleo Interno de Regulação

NT - Nota Técnica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PICS - Práticas Integrativas e Complementares

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS-Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAVS -Rede de Atenção e Vigilância em Saúde

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU-192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia

SG - Síndrome Gripal

SIM - Síndrome Inflamatória Aguda

SIM-P - Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica

SpO2 - Oximetria de Pulso

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCIS - Unidade de Cuidado Integral à Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VERSÃO PRELIMINAR

1. INTRODUÇÃO

A Covid-19, doença causada pelo coronavírus (Sars-Cov-2), foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. Esse vírus disseminou-se rapidamente pelo mundo, alcançando em pouco mais de 12 meses, cerca de 53 milhões de casos confirmados e 1,3 milhões de mortes na escala global - segundo dados do Painel Covid-19 do Centro de Recursos do Coronavírus do Hospital Johns Hopkins.

Mediante este fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em janeiro de 2020. No Brasil, confirmou-se o primeiro caso em fevereiro de 2020, e em pouco mais de oito meses, o país contabilizava cerca de 5,7 milhões de casos confirmados e 164 mil mortes, ocupando a terceira posição no ranking mundial de casos e a segunda posição no ranking mundial de mortes. Até o mês de junho, o Espírito Santo apresentava mais de 492 mil casos confirmados e 11 mil óbitos, conforme dados do Painel Covid-19.

A linha de cuidado proposta para pacientes pós-infecção por Sars-Cov-2 tem o propósito de organizar o trabalho em saúde, no enfrentamento às complicações pós Covid-19, na gestão do cuidado e na reabilitação pós Covid-19. Além disso, tais proposições oferecerão suporte aos gestores e trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia e suas repercussões; além de ampliar o acesso aos serviços e melhorar sua resolutividade, e contribuir com a integralidade e a equidade na saúde (POSSA et al, 2020).

As ações propostas devem estar conectadas às ações intersetoriais e das Redes de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) - como proposto na Portaria SESA/ES nº 102-R, de 20 de maio de 2021, – através da pactuação de fluxos e percursos ágeis e resolutivos para o usuário, no tratamento e reabilitação das complicações da doença (POSSA et al, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, corresponde à principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Esse espaço de atenção deve reconhecer adequadamente as demandas dos usuários, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais; e oferecer ações, no âmbito individual e coletivo, que comportem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Destaca-se ainda, que a APS deve orientar-se pelos princípios da

universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e da equidade; a impactar positivamente na situação de saúde das coletividades, atendendo em torno de 85% dos problemas de saúde da sua população, o que traduz sua importância no processo de reabilitação dos usuários.

A infecção pelo Sars-Cov-2 pode acometer múltiplos órgãos e apresentar amplo espectro de manifestações. Estas manifestam-se em vários sistemas com intensidades diferentes, expressando-se de forma assintomática, leve, moderada ou grave, sendo, por vezes, fatal. As complicações advindas da afecção também são diversificadas e manifestam-se distintamente em cada paciente.

A assistência à Covid-19 deve atender as necessidades dos pacientes, nas diferentes fases da infecção, desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, até a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar (DAUMAS et al., 2021).

Além disso, é fundamental monitorar as ocorrências de longo prazo da infecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2), tarefa que corresponde a um dos grandes desafios no enfrentamento desta pandemia. Seus sinais e sintomas dependem da resposta imunológica durante a fase aguda, assim como da extensão e gravidade da infecção viral dos órgãos afetados (DOURADO et al., 2021).

O crescimento da população de pacientes em recuperação da Covid-19 torna fundamental e emergente a compreensão das questões de saúde que o envolvem, a organização dos serviços e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para lidar com essa condição.

Dado que cerca de 10% dos pacientes com quadros leves a moderados de Covid-19 apresentam sintomas prolongados que persistem por 3 semanas ou mais. Entre os pacientes graves que necessitam internação, especialmente na UTI, mais de 80% dos pacientes relataram no mínimo um sintoma após 60 dias (TELESSAÚDE - UFRGS, 2020).

Aponta-se que a repercussão da pandemia na saúde da sociedade é de longo prazo, podendo durar anos ou décadas. Portanto, o presente documento tem por objetivo descrever a proposta de fluxo assistencial à saúde do paciente com complicações da Covid-19 na Rede do SUS no Estado do Espírito Santo.

2. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19

A Covid-19 é doença silenciosa e na maioria das pessoas apresenta-se como Síndrome Gripal (SG) com alguns sintomas, tais como: febre, cansaço, tosse seca, mialgia, congestão nasal, cefaleia, conjuntivite, odinofagia, anosmia com ou sem ageusia, diarreia, erupção cutânea, entre outros. Entretanto, alguns indivíduos manifestam sintomas mais severos, que caracterizam sua forma grave, e podem evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Segundo a OMS, cerca de 80% dos infectados recuperam-se sem necessitar de assistência hospitalar, porém os indivíduos que desenvolvem a SRAG necessitam de internação e, frequentemente, de suporte de terapia intensiva. Na escala mundial, existem mais de 173 milhões de casos confirmados para Covid-19 em todo o mundo e cerca de 4 milhões de mortes pela patologia (OMS, 2020). No Brasil, os dados relativos ao balanço de consórcio de veículos de imprensa, fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, apontam mais de 17 milhões de casos confirmados e aproximadamente 520 mil óbitos (BRASIL, 2020).

3. COMPLICAÇÕES PÓS COVID-19

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estudos apontam complicações decorrentes da infecção por Sars-Cov-2 no sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema nervoso central e periférico, além de manifestações psiquiátricas e psicológicas (OPAS, 2020)

Sintomas respiratórios persistentes incluem dispneia, hipóxia e redução da capacidade aeróbica, fadiga, astenia, tosse em consequência de fibrose pulmonar, redução da capacidade de difusão e fisiologia pulmonar restritiva visualizados à tomografia como imagem em vidro fosco (LOPEZ-LEON et al., 2021).

Sintomas cardiovasculares persistentes incluem dispneia, palpitação e desconforto torácico. Complicações tardias podem incluir aumento da demanda cardiometabólica, fibrose ou cicatrizes miocárdicas, arritmias, disfunção autonômica, diminuição da função sistólica e miocardite (NALBANDIAN et al, 2021).

A coagulopatia na Covid-19 está associada a um estado hiper inflamatório e hipercoagulável. O risco de trombose e complicações na fase pós-aguda do Covid-19 estão provavelmente vinculadas à duração e gravidade de estado hiper inflamatório, embora desconheça-se o tempo de persistência desse quadro.

As manifestações neurológicas mais frequentes apresentam-se como cefaleia, anosmia e ageusia, persistentes ou não. As pessoas acometidas podem, ainda, apresentar comprometimento cognitivo, incluindo dificuldades de concentração e memória; linguagem receptiva e/ou função executiva; eventos cerebrovasculares agudos; encefalite; e disfunção neuromuscular (OPAS, 2020a).

Podem ocorrer também complicações psiquiátricas, que se caracterizam como estresse pós-trauma, depressão, ansiedade, insônia e sintomatologia obsessiva compulsiva (NALBANDIAN et al, 2021).

A Síndrome do Pós Cuidado Intensivo refere-se ao conjunto de incapacidades funcionais, cognitivas e psicossociais adquiridas ou agravadas, característico dos pacientes em terapia intensiva. No que se refere aos internos com Covid-19, observa-se essa condição em pacientes que foram considerados como críticos, que fizeram uso de ventilação mecânica, sedação, e/ou repouso prolongado no leito - fatores contribuintes para o seu descondicionamento físico, deficiências respiratórias, de deglutição, cognitivas e acometimento da saúde mental (PARANÁ, 2020).

Comprometimentos renais, hepáticos e pancreáticos são descritos na literatura como possíveis complicações da doença e/ou tratamentos. Embora a carga de Insuficiência Renal Aguda (IRA) dependente de diálise no momento da alta seja baixa, existem relatos de comprometimento da função renal persistente na fase pós-aguda à Covid-19 (NALBANDIAN et al, 2021).

Sabe-se que pacientes sem diagnóstico prévio de *Diabetes Mellitus* apresentaram quadro de Cetoacidose Diabética (CAD) meses após a resolução dos sintomas de Covid-19. No entanto, ainda não existem evidências que determinem o tempo que a infecção por Sars-Cov-2 aumenta a gravidade do diabetes pré-existente ou predisposição para CAD persiste após a infecção (NALBANDIAN et al, 2021).

Além das complicações apontadas na literatura, a infecção por Sars-Cov-2 pode descompensar comorbidades prévias à Covid-19, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus*, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC),

Asma Brônquica, Cardiopatias, Doenças Renais, entre outras. Tais complicações associam-se à gravidade manifestada pela doença e ainda com a presença de comorbidades.

Cabe ressaltar que pacientes pós Covid-19, oligossintomáticos, sem complicações diagnosticadas mas que posteriormente venham a desenvolver instabilidade clínica aguda, devem seguir o fluxo de atendimento já estabelecido pela Rede de Urgência e Emergência (RUE).

4. ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO AOS PACIENTES COM COMPLICAÇÕES PÓS COVID-19

Para compreensão da Covid-19 em seu período pós-agudo, sugere-se incluir a persistência dos sintomas ou desenvolvimento de complicações, após três ou quatro semanas, a partir do início dos sintomas agudos. Deste modo, divide-se esses pacientes em duas categorias:

- **Covid-19 subagudo sintomático ou contínuo:** compõe-se de pacientes com sintomas e anormalidades variantes entre quatro e 12 semanas, além do período Covid-19 agudo.
- **Síndrome crônica ou pós Covid-19:** compõe-se de pacientes com sintomas e anormalidades persistentes ou presentes além de 12 semanas do início da Covid-19 aguda e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (TELESSAÚDE - UFRGS, 2020).

Os efeitos da infecção pela Covid-19 podem, além de se estender por meses nos indivíduos, aumentar o risco de morte e desenvolvimento de condições crônicas - mesmo em pessoas que não necessitam de internação - quando comparados às pessoas que não foram infectadas pelo vírus. Entre os sintomas mais frequentes, destacam-se: fadiga, dispneia, artralgia, dor torácica e tosse seca, mialgia, artrite reativa, anosmia e disgeusia persistentes, inapetência e odinofagia; e entre as manifestações mais graves, destacam-se: fibrose pulmonar, dano miocárdico viral direto ou como consequência das internações hospitalares prolongadas, com redução de função sistólica e arritmias, distúrbios tromboembólicos, déficit neurocognitivo e Síndrome de *Guillain-Barré*. Nesse espectro, também estão incluídos sintomas psiquiátricos e alterações dermatológicas (UFRGS, 2020).

No momento da alta hospitalar sugere-se a avaliação das funções e atividades perdidas pela infecção da Covid-19 para que possa ser realizado adequado Plano de Cuidado Pós Covid-19.

Este documento, deve conter a identificação do paciente, identificação do profissional de saúde que o acompanhou durante o tratamento, o relatório da internação (que deve contemplar as informações relativas ao curso da doença, contendo minimamente os diagnósticos e principais tratamentos que foram administrados ao paciente) e, de acordo com a avaliação das funções orgânicas acometidas e comprometidas pela infecção da Covid-19 e avaliação da capacidade de realização das Atividades de Vida Diária (AVD), as recomendações para continuidade do cuidado.

É importante que na alta dos serviços hospitalares de saúde o paciente seja vinculado à APS do seu território. Cada hospital de referência para atendimento à Covid-19 deverá ter um único agente vinculador responsável pela vinculação dos pacientes de alta hospitalar com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e estas, por sua vez, deverão ter também uma pessoa responsável por esta vinculação, que marcará a data da primeira consulta do paciente pós alta, com profissional da equipe multiprofissional e, caso o mesmo não compareça, será responsável pelo disparamento da busca ativa.

Além da vinculação hospital/APS, o paciente ou seu responsável (caso este não esteja apto a compreensão destas informações), deverá ser instruído sobre a trajetória que percorrerá para seu atendimento em saúde.

4.1 Atenção aos Pacientes com complicações pós Covid-19 na Atenção Primária à Saúde

A atuação da APS é importante em todo o contexto da pandemia. No que se refere ao cuidado continuado dos indivíduos com complicações da doença, ela coordena, e quando necessário, ordena a continuidade da assistência dos mesmos para regulação de outros serviços de saúde (OPAS, 2020).

Para que a APS possa ordenar a RAVS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (demandas mais frequentes), organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente na gestão do SUS (BRASIL, 2017).

A APS é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, por possuir um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade no cuidado. Para tanto, é necessário que tenha alta resolutividade, com capacidade clínica, gestão do cuidado e incorporação de tecnologias (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação com outros pontos da RAVS (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, após a alta dos serviços especializados, os pacientes devem estar vinculados à APS para fins de transição do cuidado e garantia da continuidade do acompanhamento. Desse modo, torna-se possível viabilizar estratégias de conciliação terapêutica até o restabelecimento desses pacientes, e o tratamento das condições crônicas diagnosticadas ou acompanhadas previamente (BRASIL, 2021).

Vale-se mencionar que as orientações aos familiares e cuidadores quanto a importância da continuidade no cuidado de seus assistidos nos domicílios e a sua vinculação à APS, são requisitos fundamentais para o sucesso da recuperação funcional e para prevenção de rehospitalizações (BRASIL, 2021b).

No que diz respeito ao público infantil, o acompanhamento deverá seguir o modelo preconizado nas linhas de cuidado ao paciente adulto. Deve-se incluir a avaliação multiprofissional da criança para tomada de decisão no plano de cuidados, com atenção especial ao seu desenvolvimento neuropsicomotor e o estado nutricional. Além disso, é de crucial importância manter as equipes atentas aos sinais clínicos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica¹ (SIM-P) e, na menor suspeita clínica da mesma, encaminhar a criança para atendimento de urgência o mais rapidamente possível.

¹ As manifestações clínicas são semelhantes à doença de *Kawasaki*, à síndrome de choque associada à síndrome de *Kawasaki*, à síndrome de ativação macrofágica e à síndrome de choque tóxico. O quadro ocorre, em geral, em crianças mais velhas, escolares e adolescentes, com a presença de marcadores inflamatórios mais exuberantes e importantes aumentos dos marcadores de lesão cardíaca. De acordo com o documento produzido pelos Departamentos Científicos de Infectologia, Reumatologia, Cardiologia, Terapia Intensiva e Emergência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); as manifestações clínicas mais comuns são: Cardiovasculares (disfunção miocárdica, miocardite, pericardite, aneurismas coronarianos, hipotensão arterial e choque cardiogênico. Eletrocardiograma e ecocardiograma devem ser realizados de forma sistemática); Renais (doença renal aguda dialítica); Respiratórias (dispneia, taquipneia e hipoxemia); Hematológicas (trombose, anemia, leucopenia, linfopenia, plaquetopenia e coagulopatia de consumo); Gastrointestinais (dor abdominal intensa, vômito e diarreia); Muco Cutâneas (edema e fissura de lábios, língua em framboesa, eritema de orofaringe, conjuntivite, exantema polimórfico, vesículas e eritema pérmio); Neurológicas (cefaleia persistente, convulsões e psicose); e Febre persistente.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), cabe aos gestores municipais e suas equipes de saúde, programarem as ações da APS a partir de sua base territorial, conforme as necessidades de saúde identificadas em sua população.

No que se refere às demandas da Síndrome Pós Covid-19, os municípios deverão acolher os pacientes e suas demandas após a alta hospitalar, e adequar os serviços de saúde para atendimento de suas necessidades, a incluir ações direcionadas à reabilitação.

A avaliação multiprofissional desses usuários, deverá subsidiar a tomada de decisão e a construção do plano de cuidado, a considerar questões que envolvam: avaliação cardiorrespiratória; da capacidade cinético-funcional; das capacidades neurocognitivas; avaliação do estado de saúde mental e avaliação do contexto social. Tais considerações propiciam a elaboração do Plano de Cuidado, a partir da identificação da necessidade de continuidade dos cuidados em reabilitação e do devido encaminhamento a outros níveis de atenção.

A inserção de profissionais de reabilitação na APS, através de equipes multiprofissionais ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), aumenta a possibilidade de acesso das pessoas com complicações, soma qualidade aos serviços prestados e melhora a resolutividade dos cuidados primários. Existe diversidade na assistência multiprofissional da APS nos diversos municípios do Estado, e alguns já dispõem em sua rede municipal de serviços de reabilitação para a população.

Ao atuar junto à equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) ou Equipe de Atenção Primária (eAP), esses profissionais podem identificar riscos e possibilidades de intervenção, com orientações de prevenção e promoção de saúde aos pacientes, cuidadores e familiares, além de oferecer apoio matricial às equipes responsáveis por aqueles sujeitos. As atividades direcionadas ao público com complicações podem ser desenvolvidas nas UBS, Academias da Saúde ou em outros pontos do território que possuam vínculo com a APS.

4.1.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTE PÓS COVID-19 NA APS:

- Indivíduos, após a manifestação aguda da Covid-19, podem apresentar sintomas persistentes leves a moderados, tais como: cansaço excessivo, dores musculares, tosse, sensação de falta de ar ao realizar algumas atividades diárias, perda do olfato e do paladar, zumbido, tontura, esquecimento, dor de cabeça, confusão, palpitações, sudorese, ansiedade/depressão, insônia, problemas digestivos, náuseas, vômitos, dentre outros sintomas que podem ser manifestados. **Mediante essas sintomatologias, essas pessoas devem ser acompanhadas pela equipe da APS, através de consultas e orientações.**
- A oximetria de pulso consiste em boa estratégia de monitoramento, mesmo nos pacientes após a fase aguda da Covid-19 (NALBANDIAN et al, 2021). Neste contexto, o Estado do Espírito Santo disponibilizou esse equipamento às equipes da APS, para monitoramento contínuo dos indivíduos. Vale-se mencionar que os dados registrados pelo instrumento - frequência cardíaca e saturação de oxigênio - servem, junto a outras informações clínicas, para o monitoramento dos indivíduos com Síndrome Pós Covid-19, e portanto, não funcionam isoladamente como parâmetro para tomada de decisão clínica. Indivíduos com Síndrome Pós Covid-19, com doenças cardiorrespiratórias prévias, podem apresentar padrões de referência diferenciados para saturação, e nessa perspectiva, é importante que a meta de saturação desses indivíduos esteja descrita no plano de alta. Em contrapartida, pacientes sem doenças cardiorrespiratórias prévias que apresentem saturação de oxigênio < 95% devem ser melhor avaliados pela equipe de saúde da UBS.
- **As medicações de uso contínuo devem ser acompanhadas pela APS**, visto que a doença pode gerar descompensação das comorbidades preexistentes. Recomenda-se às equipes de APS, busca ativa de pacientes com comorbidades que foram acometidos pela Covid-19, uma vez que muitos pacientes deixam de procurar os serviços de saúde por medo de se contaminarem novamente, assim como o mapeamento dos pacientes com comorbidades prévias do território que fazem uso das medicações de uso contínuo pelo SUS.
- Usuários com **complicações funcionais (neuromusculares)** que comprometam suas atividades de vida diária (AVD) devem ser acompanhados regularmente pela equipe de APS, através de **visitas (peri)domiciliares ou teleconsultas**. Para a classificação da capacidade funcional do paciente pós

Covid-19 sugere-se a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF). Este instrumento avalia a habilidade do indivíduo em desempenhar atividades de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e transferência, locomoção, comunicação e cognição social documentando as habilidades atuais e, ou para monitorar mudanças no estado funcional deste. Recomenda-se que permaneçam na APS pacientes independentes e com dependência modificada (escore 61 a 126) (APÊNDICE A).

- Aos pacientes com distúrbios de saúde mental, deve-se seguir as informações recomendadas nas Diretrizes Clínicas de Saúde Mental (SESA, 2018). As práticas de cuidado em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da APS. Além disso, existem dispositivos comunitários, grupos terapêuticos, grupos operativos, abordagem familiar, redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, grupos de convivência, grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros, que podem apoiar a ação da APS neste quesito (ESPÍRITO SANTO, 2018).

4.1.2 CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DO PACIENTE PÓS COVID-19 NA APS

No que se refere às questões epidemiológicas, 80% das pessoas infectadas pelo Sars-Cov-2 não necessitam de internação hospitalar e passam o curso da sua doença em acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2020). Após a fase aguda da doença, se essas pessoas apresentarem sintomas persistentes, deverão ser avaliadas e monitoradas pela APS.

Aos usuários no curso agudo da patologia ou após fase aguda, em uso dos serviços especializados e/ou hospitalares, no momento da alta, devem ser vinculados à Atenção Primária do seu território para efetivação da transição do cuidado.

O município deve criar os fluxos de atendimentos aos seus usuários vinculados à APS após a alta dos serviços especializados e/ou hospitalares. Recomenda-se às equipes de saúde a busca ativa de indivíduos não vinculados no momento da alta, assim como

sujeitos que não foram internados e apresentem sintomas persistentes após a fase aguda da Covid-19.

Ao chegar na APS o paciente deve passar pela **avaliação clínica da equipe multiprofissional** para construção de **plano de cuidado pós Covid-19**. No contexto do paciente pós Covid-19, é importante o município dispor de **profissionais de cunho reabilitativo em suas redes assistenciais**, ou contratualizar serviços com clínicas especializadas em fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, neurologia, pneumologia, entre outros, conforme a necessidade apresentada.

Recomenda-se, para atendimento ao paciente pós Covid-19 equipe multiprofissional composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Psicólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Terapeuta ocupacional, Assistente Social e Odontólogo.

O fluxo dos pacientes com necessidade de cuidados especializados deve ser **realizado por meio da Autorregulação Formativa Territorial**, a partir da APS, obedecendo os critérios de elegibilidades descritos neste documento.

4.1.3 PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA APS

O serviço que possui equipe multiprofissional amplia sua visão do processo saúde-doença devido às competências complementares comprometidas com resultados comuns.

A APS tem papel fundamental no rastreamento, acolhimento, monitoramento, encaminhamento e/ou tratamento das pessoas com Síndrome Pós Covid-19 no território adscrito. Para tal, os profissionais da equipe multiprofissional devem contribuir coletivamente na construção do planejamento e na concretização das ações a serem desenvolvidas no território. A partir da realidade local, a equipe da APS deverá discutir estratégias para auxiliar os pacientes e suas famílias no enfrentamento das complicações provenientes da infecção pelo Sars-Cov-2. Vale ressaltar a importância da busca ativa de pacientes com comorbidades prévias à infecção pela Covid-19, para uma pesquisa de sintomas e descompensações.

A equipe da APS deve acolher os usuários em suas demandas, especialmente dentro do escopo da reabilitação, mas sem negligenciar outras necessidades desses sujeitos. A

avaliação multiprofissional desses indivíduos a subsidiar a tomada de decisão, deve envolver os seguintes aspectos (ASSOBRAFIR, 2020):

a) Avaliação cardiorrespiratória

- Dispneia: fadiga, necessidade de oxigênio e disfunções cardiovasculares - opções de avaliação: teste da caminhada de seis (06) minutos e escala de Borg;
- Frequência respiratória (FR): deve ser avaliada com o usuário em repouso, em decúbito dorsal ou sentado, por pelo menos 30 segundos. A presença de taquipneia (FR > 20 respirações por minuto no adulto) está relacionada a desconforto respiratório, dispneia e fadiga.
- Sinais de desconforto respiratório: esta avaliação deve ser realizada, preferencialmente, no usuário com o tórax desnudo. O desconforto respiratório é caracterizado pelos músculos respiratórios que estão executando sua função em excesso, com sobrecarga. Avaliar a presença de tiragens, que são movimentos de retração da pele/músculo que recobrem a parede torácica durante o movimento inspiratório (isso ocorre devido à queda pressórica abrupta gerada pela musculatura respiratória). As tiragens podem ser de intercostais, supraclaviculares ou subcostais, dependendo da sua localização. A presença deste achado está associada à fadiga muscular respiratória.
- Ausculta pulmonar: deve avaliar a presença ou ausência de sons normais como murmúrio vesicular e ruídos adventícios como crepitações, sibilos e roncos.
- Oximetria de pulso (SpO₂): avaliação por meio do equipamento oxímetro de pulso. A SpO₂ < 95% deve ser melhor avaliada caso o paciente não tenha história de doenças crônicas, como pneumopatias, cardiopatias, condições metabólicas ou deficiência física.
- Avaliar se o usuário faz uso de assistência ventilatória e/ou suplementação de oxigênio intermitente, mesmo que em ventilação espontânea (ASSOBRAFIR, 2020).
- Avaliar pressão arterial e frequência cardíaca. Para avaliação de aptidão física e resistência aeróbia sugere-se o uso do Teste de Caminhada de seis (06) minutos. A diminuição na distância percorrida no teste correlaciona-se com dificuldades de realização de atividades do dia a dia.

b) Avaliação da capacidade cinético-funcional:

Avaliação da função motora, força muscular, atividades de vida diária. Sugere-se o uso da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Esta avaliação deve ser feita no paciente com sintomas persistentes de Covid-19, porém, deve-se realizar o resgate (com a família ou próprio paciente) como estava a funcionalidade do paciente anteriormente à infecção pela Covid-19.

A MIF apresenta boa confiabilidade, além de ser de fácil e rápida aplicação e pode ser utilizada em enfermarias, ambulatórios e centros de reabilitação.

A escala MIF foi validada para o português em 2001, com a publicação do artigo Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional (RIBERTO; et al, 2001). É uma avaliação funcional com 18 itens nas áreas de cuidado pessoal, controle dos esfíncteres, mobilidade, comunicação e cognição-social. Ela foi projetada para mensurar o nível de independência do paciente em contexto de enfermaria. A pontuação é feita ou por entrevista com o paciente e/ou cuidador, ou ainda pelas observações diretas do desempenho das atividades.

O Guia de Reabilitação da Pessoa Idosa publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, sugere o uso da MIF para avaliar o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social, nos aspectos: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo, uso de vaso sanitário, controle da urina, controle das fezes, transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, transferência para vaso sanitário, transferências para banheira ou chuveiro, locomoção, locomoção em escadas, compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória (BRASIL, 2019).

A avaliação funcional é realizada para que se possam avaliar os cuidados pessoais e o desempenho do indivíduo nas atividades da vida diária. Esta avaliação direciona a equipe de saúde a programar os objetivos a serem alcançados para sua independência ou treino familiar, observando e ressaltando a sua capacidade preservada e as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2019).

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa, ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade (BORGES, 2006).

Sugere-se que pacientes com escala MIF >60 permaneçam na reabilitação municipal e pacientes com pontuação menor ou igual a 60, sejam encaminhados à reabilitação especializada.

c) Avaliação das capacidades neurocognitivas

Avaliação das possíveis deficiências de memória, atenção, velocidade de processamento mental. A escala MIF usada anteriormente, possui a dimensão cognitiva composta por duas categorias: Comunicação e Cognição Social que podem ser usadas para rastreamento das capacidades cognitivas.

d) Avaliação em Saúde bucal

Durante a primeira onda epidêmica, os países mais afetados pela COVID-19 adotaram medidas extremas, inclusive com a suspensão dos serviços e fechamento de consultórios odontológicos. Apenas serviços de emergência odontológica e telemonitoramento foram autorizados.

À medida que a Pandemia avançou, observou-se que os prejuízos para a saúde bucal foram crescentes, pois as medidas de suspensão dos serviços influenciaram as atitudes e as práticas de higiene bucal, bem como impôs o consumo de guloseimas. Também colaboraram para os prejuízos à saúde bucal o *stress* e ansiedade, pois esses exacerbam ou fazem surgir Bruxismo, Apertamento e Disfunção da Articulação temporomandibular (DTM), com a conseqüente dor dentária e facial, desgastes e fraturas dentárias. Outro aspecto relacionado foi o grande número de relatos sobre alterações de pele e mucosa, e à medida que os consultórios odontológicos reabriram, condições estritas para triagem e recebimento de pacientes, protocolos detalhados para proteção de pacientes e funcionários foram adotados. As recomendações ainda em curso foram implementadas, devendo estar ao alcance de profissionais e seus pacientes.

e) Avaliação do estado de saúde mental na APS

Segundo dados da OMS cerca de 25% da população brasileira será acometida por algum transtorno mental ou comportamental em algum momento da vida, que representa população

de 1.016.013 (hum milhão, dezesseis mil e treze) capixabas. (WHO,2001) Aproximadamente uma (01) em cada quatro (04) pessoas atendidas na APS tem um ou mais transtornos mentais ou comportamentais, sendo os mais comuns: depressão, ansiedade e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas-SPAs (BRASIL,2013). Nesse contexto de pandemia o acometimento por algum transtorno mental comum pode ocorrer em função do estresse causado pelas incertezas com o futuro, confinamento/isolamento social, diminuição das atividades promotoras de contato social, inclusive os familiares.

Assim, faz-se necessário o preparo das equipes de saúde em todos os níveis de atenção, para oferta do cuidado integral em saúde mental às pessoas que manifestarem quadros de sofrimento psíquico, tais como: depressão, transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtorno de estresse pós-traumático, e até mesmo os transtornos graves e os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, principalmente as de origem lícita, tais como bebidas alcoólicas, medicamentos psicotrópicos e tabaco.

Assim, pode-se afirmar que é na APS que pode e deve ser iniciado o cuidado em saúde mental, através do acolhimento, com escuta qualificada e estabelecimento de vínculo longitudinal com as pessoas que apresentam sofrimento psíquico. Tal prática de cuidado pode e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde.

Cabe à APS escutar ativamente as queixas trazidas pelos usuários e prestar atendimentos resolutivos, desenvolvendo um Projeto Terapêutico Singular-PTS, que leve em consideração não somente as manifestações da doença no corpo, por meio dos sintomas, mas também as representações e desejos do usuário sobre os processos que ele vive, sua rede de apoio, e dados epidemiológicos do território; na busca de coordenar o itinerário deste usuário na RAVS (UFSCAR, 2020).

Algumas ações de saúde mental são realizadas sem que os profissionais as percebam em sua prática, como por exemplo, quando o profissional oferece atenção e tempo de escuta à demanda do usuário e da família, com empatia. Esse ato se constitui como importante ferramenta de atuação profissional que possibilitará o estabelecimento de vínculo e a construção da relação de confiança entre o usuário e o profissional, aspectos fundamentais para o cuidado em saúde mental. (BRASIL, 2013 apud SESA, 2018).

A APS deve planejar ações voltadas ao cuidado dos indivíduos, suas famílias e comunidades, através de abordagem integral e abrangente, manejar os casos, contando quando necessário e disponível, com apoio dos NASF-AB, das Equipes de Referência em

Saúde Mental e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), viabilizando suporte e compartilhamento dos casos mais complexos (SESA, 2018).

Algumas ferramentas e ações de cuidado em saúde mental que podem ser desenvolvidas no âmbito da APS são:

- Disponibilizar e oferecer escuta ao sofrimento psíquico;
- Conhecer a correlação entre sofrimento psíquico e o desenvolvimento, agravamento e prognóstico de morbidades clínicas (ex: relação entre ansiedade e hipertensão, depressão e diabetes, alcoolismo e doenças hepáticas, etc.);
- Conhecer o perfil epidemiológico em saúde mental: quem são os indivíduos e famílias em situação de sofrimento/adoecimento mental no território e as queixas e problemas mais comuns (transtornos comuns, transtornos graves, uso de álcool e outras drogas lícitas, uso de drogas ilícitas, uso de medicação). A partir disso, proceder a estratificação de risco no delineamento do perfil e na definição de estratégias a serem aplicadas em cada caso;
- Realizar busca ativa;
- Atendimento domiciliar;
- Incluir discussões sobre saúde mental nos grupos realizados nos serviços de saúde e incluir pacientes com transtornos mentais nos grupos. (SESA, 2018).

Deste modo, o processo de cuidado ao paciente em sofrimento psíquico na APS requer envolvimento, comprometimento, capacitação, acolhimento e escuta qualificada por todos os profissionais que nela atuam, com planejamento de ações eficazes e humanizadas, trabalho articulado em rede intra e intersetorial a fim de promover o cuidado integral e ações de matriciamento, com vistas à assistência qualificada e resolutiva.

e) Avaliação do contexto social

Avaliar vulnerabilidades e fatores de risco, bem como fatores de proteção e, quando necessário, encaminhar para serviços socioassistenciais.

f) Elaboração do Plano de cuidado integrado da APS no pós Covid-19

Identificar a necessidade da continuidade dos cuidados em reabilitação, realizando, quando necessário, os devidos encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Cada profissional da equipe possui suas habilidades e competências que se somam ao diagnóstico e tratamento das complicações pós Covid-19.

ACS: Profissional estratégico para busca ativa, em sua microárea, de pacientes com sintomas persistentes para Covid-19. Em seu ofício, o profissional deve dispor de um questionário para detectar precocemente os sintomas persistentes subagudos (que perduram por quatro (04) a oito (08) semanas, após a fase aguda da manifestação da doença) ou sintomas crônicos (persistentes após 12 semanas da fase aguda da doença). Para tal, deve-se questionar sobre os seguintes sintomas: fadiga, cansaço, falta de ar, taquicardia, dificuldade para sentir cheiros e/ou perceber gostos; dor de cabeça, dor no corpo, dificuldade de concentração ou perda de memória, desânimo, irritabilidade, estresse, ansiedade, tristeza. Essa triagem pode ser feita através de visita peri-domiciliar ou por teleconsulta; caso possua sintomas persistentes, deve ser encaminhado à UBS para avaliação pela equipe multiprofissional. No momento da triagem, é importante a aferição da saturação de oxigênio.

Técnico de enfermagem: Profissional muito importante para detectar os casos de pacientes com persistência de sintomas após fase aguda da Covid-19, durante a triagem do paciente ao chegar na UBS, nas visitas domiciliares, ou nas atividades nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Além da detecção precoce e busca ativa, pode atuar com orientações de saúde em geral, além de realização de procedimentos clínicos, de acordo com recomendações da equipe.

Enfermeiro: Dentre as complicações Pós-Covid-19, principalmente aquelas relacionadas aos pacientes com longos períodos de internações e/ou uso de dispositivos médicos, tais como cateteres, máscaras para oxigenoterapia e ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva. Ações de grande importância na abordagem da enfermagem são: avaliação do estado geral do paciente, verificando aqueles que apresentam sintomas persistentes subagudos: que perduram de quatro (04) até oito (08) semanas após a fase aguda da manifestação da doença; ou sintomas crônicos persistentes após 12 semanas da fase aguda

da doença, como cansaço, fadiga, falta de ar, diminuição de apetite, fraqueza muscular, dificuldade de concentração ou perda da memória, irritabilidade, estresse, ansiedade, tristeza e lesões de pele causadas por compressão.

Aqueles pacientes com comorbidades pré-existentes, devem ser monitorados constantemente, pois pode haver descompensação das doenças pré-existentes. Esse monitoramento se dá com a verificação das taxas de glicose, na verificação dos sinais vitais (Pressão Arterial, Temperatura, Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca) e na saturação de Oxigênio através do oxímetro de dedo.

O profissional Enfermeiro deve coordenar as ações que deverão ser realizadas pelos técnicos de enfermagem e ACS.

Médico: De acordo com a PNAB, compete ao médico como membro das Equipes de APS, realizar atendimento e consultas clínicas aos indivíduos sob sua responsabilidade, encaminhando, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando os fluxos locais e mantendo responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles. Além de indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário (BRASIL, 2017).

Dessa forma, é essencial ao médico fazer avaliação ampla e abrangente, incluindo funcionalidade, avaliação nutricional, psicológica e cognitiva que possam influenciar na reabilitação após a alta hospitalar. Após esta avaliação é proposto um plano de reabilitação para continuidade do cuidado, com objetivo do retorno funcional do paciente considerando a avaliação clínica e comorbidades associadas (MATOS et al.,2020); incluindo avaliação cardiorrespiratória, da capacidade funcional, do estado de saúde mental e do contexto social, além de realizar os encaminhamentos a outros níveis de atenção, quando necessário (PARANÁ, 2020).

Odontólogo: Durante a primeira onda epidêmica, os países mais afetados pela Covid-19 adotaram medidas extremas, inclusive suspensão dos serviços e fechamento de consultórios odontológicos. Apenas serviços de emergência odontológica e telemonitoramento foram autorizados. À medida que a pandemia avançou, observou-se que os prejuízos para a saúde bucal foram crescentes, pois as medidas de suspensão dos

serviços influenciaram as atitudes e as práticas de higiene bucal, bem como impôs o consumo de guloseimas. Também colaboram para os prejuízos à saúde bucal o estresse e a ansiedade, pois esses exacerbam ou fazem surgir Bruxismo, Apertamento e Disfunção da Articulação Temporomandibular (DTM), com consequentes dor dentária e facial, desgastes e fraturas dentárias.

A medida que os consultórios odontológicos reabriram, condições estritas para triagem e recebimento de pacientes, protocolos detalhados para proteção de pacientes e funcionários e recomendações ainda em curso foram implementadas, devendo estar ao alcance de profissionais e seus pacientes.

Sobre a Atenção à Saúde bucal algumas particularidades devem ser observadas:

- Vias de transmissão: a transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer por via oral por meio de gotículas de saliva ou por meio de secreções nasais em pacientes sintomáticos e assintomáticos, e por isso deve o profissional atentar sobre as condições clínicas do paciente. Ressalta-se que outros complicadores podem se relacionar uma vez que o vírus pode permanecer por alguns dias na orofaringe, no sangue e nas glândulas salivares (XU et al., 2020).
- Sintomas clínicos relacionados à cavidade bucal: manifestações clínicas do SARS-CoV-2 estão sendo amplamente descritas e novos sintomas são observados à medida que a Covid-19 avança. Dentre os sintomas se destacam: Anosmia, Hiposmia (incapacidade ou diminuição do olfato), e Ageusia (incapacidade ou diminuição do paladar).
- Sinais clínicos na cavidade bucal: há que se ressaltar que secularmente é reconhecida a existência de manifestações bucais de doenças como disfunções metabólicas, neoplasias internas, doenças nutricionais, reações adversas a medicamentos ou doenças infecciosas sistêmicas, como as que ocorrem em países tropicais. Dentre elas figuram dengue, zika, chikungunya, febre amarela, sarampo, escarlatina, doença de chagas, tuberculose, sífilis, hanseníase, micoses profundas, leishmaniose e outros tantos transtornos registrados de forma endêmica no chamado cinturão tropical (CRIADO, 2020). No Consenso Espanhol (2020), publicado por ocasião da Covid-19 foram relatadas alterações do tipo petéquias na pele da região peri-oral e da mucosa do palato, lábios e mucosa jugal. Também foi relatado inflamação da língua nas primeiras 24 horas, com evolução subsequente para mácula eritematosa e úlcera irregular e assintomática. Há ainda alguns relatos sobre

língua dentada. Mais informações são necessárias para confirmar e compreender melhor o envolvimento do SARS-CoV-2 nesses sinais, entretanto deve o profissional estar atento durante e após a pandemia. Em crianças que apresentam a Síndrome Inflamatória aguda (SIM), alteração semelhante à Doença de Kawasaki, observa-se muitas alterações da mucosa oral. Na Nota Técnica (NT), de autoria da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) (2021), a pele pode ser o órgão do corpo que manifesta sinais de doenças internas. A NT de 2021, reuniu 2.000 artigos sobre o tema, e os sinais clínicos dermatológicos devem ser vistos com cautela.

Uma das principais abordagens para minimizar o risco de transmissão de Covid-19 seria reduzir o SARS-CoV-2 na saliva de pacientes infectados, com realização de escovação prévia e uso de enxaguatórios bucais antes do tratamento odontológico. Entretanto, vale lembrar que Burton et al. (2020), que as substâncias recomendadas são medicamentos e devem ser usados com cautela e sob prescrição.

Destaca-se a importância de esclarecer os pacientes sobre a atenção odontológica em tempos de Covid-19, sobre a triagem prévia e sobre o calendário de vacinação. Além disso, uma avaliação minuciosa e especializada no transcorrer da anamnese e em todas as fases do tratamento deve ser realizada, não negligenciando possíveis alterações da mucosa e da região perioral, bem como de outras regiões do corpo, principalmente nos pacientes assintomáticos e nas fases iniciais da doença. Também não se pode negligenciar alterações tardias da Covid-19. Importância também tem as medidas de proteção como uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e controle da infecção. O profissional deve estar atento às recomendações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Psicólogo: As complicações pós Covid-19 no âmbito da saúde psicológica geralmente se manifestam com o aumento (ou manifestação) dos quadros ansiosos e/ou depressivos. Podem sentir raiva, medo, ansiedade, insônia, estresse, uma vez que o paciente vivenciou carga elevada de experiências e emoções negativas. Desta experiência surge a necessidade de cuidados psicológicos constantes, que podem ir de atendimentos clínicos individuais até atividades coletivas seguras. O manejo psicológico precisa estar atento a comportamentos ou condutas autolesivas e risco de suicídio e auxiliar no desenvolvimento de modos mais saudáveis de lidar com a atual crise em saúde (FARO et. al, 2020).

Estudos mostram que uma pandemia traz consequências psicológicas para a população, mesmo ao término do evento de contaminação do vírus, o que reforça a necessidade de protocolos de intervenção psicológica para pandemias com necessidade de isolamento, como a Covid-19 (ZWIELEWSKI et. al, 2020). As ações neste momento devem visar a melhoria do humor dos pacientes, a remissão de sintomas psicoemocionais, que busquem a resolução de problemas demandados e que possam promover a psicoeducação voltada ao enfrentamento de estressores provocados pela situação de pandemia.

Fisioterapeuta: As complicações pós Covid-19 podem desenvolver sintomas como cansaço, fadiga, dispneia/falta de ar, desconforto respiratório, astenia, sarcopenia, descondicionamento físico, dores musculares, baixa saturação de oxigênio, tosse dentre outros sintomas que são tratados pela fisioterapia. As consultas fisioterapêuticas podem ser ambulatoriais, por matriciamento, visitas domiciliares, teleconsulta e/ou produção de material orientativo à população.

O profissional, na APS, pode elaborar propostas de reabilitação direcionadas aos usuários pós Covid-19 que apresentem disfunção respiratória ou físico/funcional, utilizando exercícios progressivos (fisioterapia respiratória e motora), orientações sobre mudanças de comportamento, adequação do ambiente, técnicas de conservação de energia e reconhecimento de sinais de alerta em relação à piora do quadro clínico, e/ou desenvolvimento de complicações.

A reabilitação precoce no pós Covid-19 é fundamental para o restabelecimento dos pacientes, especialmente os que manifestaram a doença de forma grave. Muitos desses indivíduos apresentam queda de saturação na fase inicial de recuperação, o que pode limitar a reabilitação precoce. Importante ficar alerta aos sinais de desconforto respiratório, baixa de oxigenação, fadiga, sensação de cansaço e dispneia durante a execução dos exercícios. Para minimizar tais sintomatologias, é necessária a prescrição de exercícios leves e progressivos e, além disso, ajustar a intensidade, duração e tipo de exercício à realidade do paciente.

Fonoaudiólogo: Entre os pacientes internados com Covid-19, parte necessita de intubação, chegando a ficar entre 10 e 14 dias intubados, respirando por meio de

ventilação mecânica. Com a recuperação e retirada do tubo orotraqueal (extubação), alguns pacientes podem evoluir para um distúrbio da deglutição.

Além das complicações na deglutição, após a alta hospitalar, muitos pacientes acometidos pelo vírus ainda permanecem com alterações na comunicação, na qualidade vocal, dificuldades ou incoordenação respiratória e alterações no processo da deglutição, sendo necessário o acompanhamento de diversos profissionais, entre eles o fonoaudiólogo.

O manejo fonoaudiológico em pacientes pós Covid-19 deve ser realizado pelo profissional especializado. A avaliação e intervenção deve ser minuciosa e individualizada, onde o olhar clínico do fonoaudiólogo a cada paciente, tem a necessidade de ajustar essa reabilitação com a frequência de atendimentos.

Estar atento aos sinais de disautonomia, intolerância aos exercícios e aos mínimos esforços durante a terapia, seja ela disfagia, disfonia, perda ou redução do olfato e paladar, fraqueza ou fadiga muscular que vão interferir na deglutição, além de distúrbios cognitivos como déficit na atenção e na memória.

Nutricionista: Deve-se considerar que os usuários que apresentaram quadros leves de Covid-19 e que mantiveram-se em isolamento social podem apresentar, frequentemente, alterações clínicas como estresse, ansiedade, distúrbios do sono, impactando diretamente no aumento do consumo de alimentos com elevada densidade energética, alto teor de açúcar e gordura, contribuindo para o ganho de peso.

Por outro lado, pacientes que apresentaram quadros graves de Covid-19, em virtude da infecção viral intensa e internação hospitalar prolongada, podem apresentar aumento das demandas calóricas e proteicas, intenso catabolismo muscular, disfagia e ao mesmo tempo inapetência, que associados, aumentam o risco de desnutrição. Outras manifestações clínicas são comuns e podem comprometer o estado nutricional destes pacientes, tais como náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal.

Na avaliação nutricional deve-se realizar o exame físico, objetivando avaliar a perda de gordura, de massa muscular e a presença de líquido no espaço extravascular. Na avaliação antropométrica deve-se classificar o Índice de Massa Corporal (IMC), aferir a Circunferência do Braço e da Panturrilha. Além disso, o profissional deve considerar a história do paciente e verificar alteração de peso nas últimas duas semanas e o percentual

de perda de peso nos últimos seis meses, avaliando também a perda da capacidade funcional.

A anamnese alimentar deve avaliar a ingestão hídrica, o consumo alimentar, a textura tolerável dos alimentos, a qualidade nutricional da alimentação bem como os aspectos culturais e sociais relacionados à nutrição adequada.

Deverá realizar a prescrição dietética e a orientação nutricional, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e nas orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira, bem como realizar o monitoramento da situação nutricional destes usuários.

O profissional Nutricionista poderá ainda solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional dos usuários, em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional. Caberá ainda realizar a prescrição de suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.

Farmacêutico: O profissional farmacêutico, na atuação pós Covid-19 tem responsabilidade na implementação de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos, em virtude das consequências danosas do seu uso inadequado, bem como pela repercussão financeira que o medicamento representa para os serviços de saúde e para a coletividade (BARBERATO, 2019).

Terapeuta ocupacional: Sabe-se que o paciente pós Covid-19 pode apresentar complicações que vão interferir na sua funcionalidade e independência para a realização das atividades cotidianas. O terapeuta ocupacional identifica e avalia, no momento inicial, as alterações funcionais, sensório-motoras, cognitivas, emocionais e sociais que estão afetadas e todo o processo terapêutico é focado na ampliação da capacidade funcional residual e na estimulação das habilidades que precisam de reabilitação, resultando em maior grau possível de autonomia e independência. De posse das informações obtidas tanto na aplicação de avaliações padronizadas, quanto na observação do desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD), o terapeuta poderá implementar plano terapêutico personalizado e focado na superação das necessidades individuais. O terapeuta analisa os aspectos funcionais (nível de independência e padrão de execução de atividades), avaliação da sensibilidade (superficial, profunda e cortical), avaliação motora

(coordenação motora e força muscular), avaliação do ambiente (identificação de barreiras ou facilitadores) e a avaliação da necessidade de recursos de tecnologia assistiva (DE CARLO, 2020).

As principais ações do terapeuta ocupacional junto ao paciente pós Covid-19 são: avaliação funcional, identificação do grau de desempenho ocupacional do paciente; orientação e capacitação dos familiares em relação aos cuidados; utilização de técnicas de conservação de energia e simplificação das tarefas para promover a manutenção ou retomada das AVD; estimulação sensorial; prescrição e orientação quanto ao uso de tecnologia assistiva e adaptações para manutenção e desempenho das AVD; prescrição e orientação quanto ao uso dos dispositivos auxiliares de locomoção; orientação quanto à reestruturação e gerenciamento da rotina com ocupações significativas que minimizem sintomas de ansiedade, ociosidade e depressão; orientação quanto à execução das atividades laborais de forma estruturada e segura; estimulação da capacidade cognitiva com a realização de atividades que reforcem a capacidade cognitiva residual (CREFITO 4, 2021).

Assistente Social: exercem profissão regulamentada e, em seu cotidiano de trabalho, conhecem de perto as necessidades da população e o território em que vivem. De acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993) e com o Código de Ética Profissional, o profissional não pode negar atendimento à população, mesmo na situação de calamidade pública. É fundamental no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, pois atua permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, partindo da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania.

Desempenha atuação profissional fundamental nesse momento de pandemia, para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, assistência e previdência social, além de benefícios eventuais que serão essenciais para a manutenção da vida da população mais empobrecida. Tem ações voltadas para o desenvolvimento de atividades de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio nas questões sociais. O profissional do Serviço Social atua nas mais variadas expressões do cotidiano.

Compreende-se que algumas atividades podem ser realizadas nas modalidades teletrabalho, videoconferência e *on-line*, para que não aconteça sua descontinuidade, contudo, entendemos que a avaliação social para concessão de benefícios sociais, bem

como estudo social e parecer social, não devem entrar no rol dos procedimentos que possam ser executados à distância. Isso porque a avaliação resultante dessas atividades depende da análise de elementos e circunstâncias concretas da realidade social, que não podem ser inferidos por meio da análise documental, dependendo também de outros procedimentos técnicos que devem ser operacionalizados (CRESS/CFESS).

Cuidados e recomendações:

- A equipe multiprofissional pode acompanhar o paciente em visitas domiciliares, atendimento ambulatorial e teleconsulta (incluir a possibilidade de vídeo chamada). Esta deve organizar a disponibilização de materiais educativos como cartilhas, folders, vídeos, podcasts e/ou áudios de orientações gerais e/ou individualizadas, dentre outros recursos disponíveis. Em caso de visita domiciliar, esta deverá ser realizada com total segurança (utilização de EPIs) para a equipe, para o usuário e seus familiares (ASSOBRAFIR, 2020).
- O encaminhamento de usuários que tiveram diagnóstico de Covid-19 ou suspeitos, para serem assistidos em centros de reabilitação, só deverá ser realizado após o período de transmissibilidade da doença (ASSOBRAFIR, 2020).
- As equipes multiprofissionais e NASF-AB poderão operar como equipes multidisciplinares itinerantes, com programas de reabilitação para os usuários após Covid-19, em ambientes comunitários dos distintos territórios sob sua responsabilidade, também evidenciando a importância de materiais orientativos a serem disponibilizados aos usuários (ASSOBRAFIR, 2020).
- As equipes de saúde deverão apoiar a transição entre hospital e domicílio dos casos mais complexos, como por exemplo pessoas com comorbidades prévias, doenças crônicas, deficiências, idosos, ou que estejam em oxigenioterapia, entre outros (ASSOBRAFIR, 2020).
- Para ampliação do acesso à reabilitação, tornam-se importantes as parcerias intersetoriais, com locais e instituições sociais do território, utilizando infraestrutura, recursos materiais e profissionais (ASSOBRAFIR, 2020).

4.2 Atenção aos Pacientes com complicações Pós Covid-19 na Atenção Especializada

A Atenção Especializada (AE) é caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente oferecida de forma hierarquizada e regionalizada para a produção do cuidado em média e alta complexidade, nos ambientes ambulatorial e hospitalar.

I- Componentes da Atenção Especializada na Linha de Cuidado pós Covid-19

A - AMBULATORIAL

Centro Regional de Especialidades (CRE): atendimento ambulatorial através de consultas especializadas.

Unidade Cuidar: atendimento ambulatorial nas Unidades de Cuidado Integral à Saúde (UCIS) através de consultas especializadas.

Centro Especializado em Reabilitação (CER): atendimento de reabilitação ambulatorial.

Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENTS

A1 - ATENÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): atendimento em reabilitação psicossocial e apoio matricial à APS.

B - HOSPITALAR

Centro de Reabilitação Física pós Covid-19: atendimento sob regime de internação hospitalar em leitos de reabilitação no CREFES.

Unidade de Cuidados Prolongados pós Covid-19: Atendimento sob regime de internação hospitalar em leitos clínicos de Cuidados Prolongados, inseridos em hospitais da rede.

Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. Quando avaliada a necessidade da internação em saúde mental, será solicitada via Sistema MVREG pelos serviços e equipes cadastradas tanto nos CAPS, quanto na atenção especializada e/ou primária, sendo regulada pelo Núcleo Especial de Regulação de Internação - NERI, conforme Protocolo Estadual de Classificação de Risco em Saúde Mental, e será de curta duração para estabilização do quadro mental.

Leitos Psiquiátricos em Hospital e/ou Unidade Especializada - O Estado conta com dois (02) Hospitais Especializados em Psiquiatria: Hospital Estadual de Atenção Clínica - HEAC, localizado no município de Cariacica, e Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos - CAPAAC, localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim. Ambos atendem urgências em saúde mental, bem como demandas reguladas pelo NERI.

Portas Hospitalares/Pronto Socorros - Os hospitais gerais com leitos em saúde mental devem realizar acolhimento, avaliação em saúde mental, realização de diagnóstico diferencial e articulação com a RAS.

UPAS e/ ou PA's - As Unidades de Pronto Atendimento e/ou Pronto Atendimento se constituem em pontos de atenção da RAPS e funcionam como portas abertas para o acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata aos pacientes em crise de saúde mental. Nestas, os pacientes não são internados, mas atendidos para estabilização e posterior encaminhamento a outros pontos de atenção da RAPS, para seguimento do cuidado (SESA, 2018).

SAMU 192 - Esse serviço poderá ser acionado quando o paciente em crise de saúde mental necessitar acessar serviço de alta complexidade para seguimento do cuidado em saúde.

II - Acesso aos serviços de saúde

O acesso para a Atenção Especializada Ambulatorial se dá via Autorregulação Formativa Territorial a partir da APS. Em relação ao acesso ao CAPS, por ser um componente da AE de gestão municipal, o acesso é por demanda espontânea ou referenciada. Até o momento, não está integrado à Autorregulação Formativa Territorial, que é de gestão Estadual.

O acesso para a Atenção Especializada Hospitalar se dá através do Núcleo Estadual de Regulação de Internação (NERI) e os Núcleos Internos de Regulação (NIR) do hospital solicitante e o hospital executante. Na saúde mental, o acesso na Atenção Especializada Hospitalar é realizado conforme o Protocolo Estadual de Classificação de Risco em Saúde Mental.

III- Pontos de Atenção da Linha de Cuidado pós Covid-19 no ES

A - AMBULATORIAL

Os pontos de atenção ambulatorial da Linha de Cuidado pós Covid-19 estão localizados nas três Regiões de Saúde para atendimento em consultas especializadas e reabilitação ambulatorial.

QUADRO 1: CENTROS DE ESPECIALIDADES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2021.

Região Metropolitana	Região Central/Norte	Região Sul
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Regional de Especialidade-Cariacica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Regional de Especialidade – Colatina ▪ Centro Regional de Especialidade-São Mateus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Regional de Especialidade-Cachoeiro de Itapemirim
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Cuidar-Santa Teresa <p>Previsão para nova unidade em Domingos Martins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Cuidar - Nova Venécia ▪ Unidade Cuidar - Linhares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Cuidar - Guaçuí
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CER- CREFES Vila Velha ▪ CER - Pestalozzi Guarapari ▪ CAPS - 19 unidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CER - APAE Colatina ▪ CER - APAE Nova Venécia. ▪ CAPS - 9 unidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CER - APAE Cachoeiro de Itapemirim. ▪ CER - Pestalozzi Mimoso do Sul. ▪ CAPS - 9 unidades

*Excluindo unidades de Atenção Domiciliar
Fonte: NEAE / GEPORAS 2021.

Serviços oferecidos nos CER por região:

1 . Região Metropolitana

- **CER Pestalozzi de Guarapari**

Habilitado como CER III pela Portaria MS N°4343, de 24 de dezembro de 2018, nas modalidades física, intelectual e auditiva.

Municípios de abrangência: 23 municípios que compõem a região metropolitana do Espírito Santo: Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Tereza, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória; e três municípios da região Sul, tais como Alfredo Chaves, Anchieta e Piúma.

Consultas e serviços oferecidos: Fisioterapia motora e respiratória, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicopedagogia, Consulta Especializada em Neurologia, Ortopedia, Fisioterapia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Pediatria e Enfermagem.

Quantidade de atendimentos: 200 usuários/mês em reabilitação física.

▪ **Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES**

Habilitado como CER II nas modalidades física e auditiva, pela Portaria Nº 496, de 03/05/2013. O CREFES é o único serviço da rede própria da SESA e referência estadual em medicina física e reabilitação física e motora; concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; próteses auditivas; realização de exame de eletroneuromiografia; em distonias e espasticidades (toxina botulínica) E tem como objetivo atender necessidades dos pacientes com comorbidades físicas e motoras, oferecendo assistência médica, assistência de reabilitação, órteses e próteses. Destacam-se suas especificidades:

- Reabilitação neurofuncional e ortopédica - com abrangência ambulatorial e internação;
- Concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- Eletroneuromiografia;
- Serviço de atenção à saúde auditiva;
- Aplicação de toxina botulínica para distonias e espasticidades.
- Especialidades: Fisioterapia, Ortopedia, Reumatologia, Neurologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Clínica Geral, Urologia, Pediatria, Radiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Musicoterapia, Nutrição, Enfermagem, Educador Físico, Hidroterapia.

Abrangência: todo Estado do Espírito Santo, principalmente a Região Metropolitana. Quanto à organização das atividades desenvolvidas pelo CREFES estas estão distribuídas em oito (08) Unidades de Trabalho contemplando as respectivas especialidades assistenciais e administrativas. Duas destas estão relacionadas à reabilitação física pós-Covid:

➤ Núcleo de Trabalho de Internação: É a unidade responsável pela assistência médica aos pacientes com intervenção clínica com necessidades de cuidados intensivos de média complexidade e/ou complicações pós cirúrgicas. São 29 leitos com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana. Oferece atendimento médico especializado (neurologia, clínica médica) e atendimento em fisioterapia, enfermagem, serviço social, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, educação física e enfermagem.

➤ Núcleo de Trabalho Neurologia Adulto e Infantil: Dispõe de assistência médica, psicológica e social aos pacientes em tratamento neurológico no CREFES, pacientes com quadros clínicos de neuropatia; pacientes ortopédicos sequelados por acidentes e/ou outras patologias.

2. Região Central/Norte

- **CER APAE de Colatina**

Habilitado pela Portaria nº 3.164/2019, como CER III nas modalidades de reabilitação física, intelectual e auditiva.

Municípios de abrangência: municípios da região Norte e noroeste do Espírito Santo, tais como: Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Itaguaçu, Mantenedópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e São Roque do Canaã.

Consultas e serviços oferecidos: Assistência Social, Fisioterapia Motora, Equoterapia, Hidroterapia, Fisioterapia Respiratória, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicopedagogia, Consultas Especializadas em Ortopedia e Neurologia.

Quantidade de atendimentos: 200 usuários/mês em reabilitação física

- **CER APAE de Nova Venécia**

Habilitado como CER II nas modalidades física e intelectual, conforme Portaria MS Nº 2.602, de 21 de agosto de 2018.

Municípios de abrangência: 14 municípios que compõem a região Norte do Estado do Espírito Santo, a saber: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança,

Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

Consultas e serviços oferecidos: fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia, Consulta especializada em ortopedia, neurologia e neuropediatria.

Quantidade de atendimentos: 200 usuários/mês em reabilitação física.

3. Região Sul

- **CER APAE de Cachoeiro de Itapemirim**

Habilitado como CER II através da Portaria MS Nº 2600, de 21 de agosto de 2018, nas modalidades física e intelectual.

Municípios de abrangência: Cachoeiro de Itapemirim, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibitirama, Irupí, Iúna, Castelo, Vargem Alta, Iconha, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves, Piúma e Anchieta. Observação: com a Regulação Formativa, os municípios de Alfredo Chaves, Piúma e Anchieta serão atendidos pelo CER de Guarapari.

Consultas e serviços oferecidos: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Equoterapia, Hidroterapia, Consulta Especializada em Neurologia, Ortopedia e Psiquiatria.

Quantidade de atendimentos: 200 usuários/mês em reabilitação física.

- **CER Pestalozzi de Mimoso do Sul**

Habilitado como CER II, pela Portaria MS Nº 3531, de 17 de dezembro de 2020, nas modalidades física e intelectual.

Municípios de abrangência: Mimoso do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Muqui, Presidente Kennedy, Atílio Vivacqua, Alegre, Guaçuí, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire, Itapemirim, Marataízes e São José do Calçado.

Consultas e serviços oferecidos: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Consulta Especializada em Neurologia e Ortopedia.

Quantidade de atendimentos: 200 usuários/mês em reabilitação física.

Atenção Estratégica

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS em suas diferentes modalidades se inserem como componentes da Atenção Estratégica, na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. É considerado estratégico dado seu duplo mandato: **oferta de atenção e cuidado às pessoas com transtornos mentais ou comportamentais e grave sofrimento mental** e ativador da rede de cuidados e proteção que inclui família, comunidade, rede intra e intersetorial e a sociedade como um todo (SESA, 2018).

A posição estratégica dos CAPS como articuladores da rede de atenção à saúde mental em seu território é, por excelência, promotora de autonomia já que os recursos existem em variadas redes: sócio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige articulação ampla, desenhada com variados componentes, ou recursos da assistência para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então, os recursos fundamentais para reinserção social das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005 apud SESA, 2018).

O CAPS se constitui em um serviço que deve funcionar de “portas abertas”, de modo que o acesso se dê por demanda espontânea, não havendo necessidade de encaminhamentos. Insta pontuar que o cuidado e atenção em saúde mental oferecidos nos CAPS são direcionados aos pacientes que expressam desejo em receber o cuidado no referido equipamento, que adota como uma de suas diretrizes a estratégia de redução de danos.

Consiste em um serviço de atenção dia, e conta com equipe multiprofissional. Dependendo do Projeto Terapêutico Singular - PTS proposto, os usuários podem permanecer em atenção diária, onde são oferecidas várias atividades tais como: acolhimento inicial com escuta qualificada; acompanhamento médico clínico e psiquiátrico; acompanhamento psicológico; acompanhamento social; atendimento de enfermagem; assistência farmacêutica; oficinas diversas (artes, música, cidadania, etc); grupo de gestão autônoma da medicação, dentre outros. Aos usuários em que não há indicação de atenção diária é feito acompanhamento semanal, seja em grupos terapêuticos, oficinas diversas e acompanhamento individual pela equipe multiprofissional de acordo com o PTS proposto.

Importante destacar que nem toda situação de transtorno ou sofrimento mental necessita impreterivelmente de acompanhamento continuado por parte de um CAPS; **transtornos mentais comuns, por exemplo, podem ser manejados no âmbito da atenção primária.** Os demais pontos de atenção podem, no entanto, solicitar apoio matricial do CAPS de seu território, sempre que identificada a necessidade (SESA, 2018).

A Portaria MS/SAS nº 854, de 22/08/2012, define algumas ações que se traduzem em procedimentos de CAPS e que poderão compor o PTS dos usuários acompanhados, a saber:

Acolhimento inicial; Ações de articulação em rede intra e inter setoriais; Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares; Matriciamento de equipes da atenção básica; Matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência; Ações de Redução de Danos; Acompanhamento aos Serviços Residenciais Terapêuticos de sua área de abrangência; Apoio ao Serviço Residencial de Caráter Transitório; Acolhimento diurno; Acolhimento noturno; Acolhimento em terceiro turno; Atendimento Individual; Atendimento em grupo; Atendimento familiar; Atendimento domiciliar; Práticas corporais; Práticas expressivas e comunicativas; Atenção às situações de crise; Ações de Reabilitação Psicossocial; Promoção de contratualidade.

Em todas as atividades realizadas pelos CAPS, tanto as de acompanhamento dos sujeitos, quanto as que são desenvolvidas coletivamente, é de extrema importância o envolvimento dos usuários desde seu planejamento até sua execução (SESA, 2018).

Atualmente, o Estado conta com 37 Centros de Atenção Psicossocial em diferentes modalidades, nas três regiões de saúde, a saber:

Região Central/Norte:

Modalidade	Município
CAPS I	Baixo Guandu Ecoporanga Jaguaré Nova Venécia
CAPS II-	Colatina Linhares São Mateus

CAPS ad II	Colatina São Mateus
------------	------------------------

Região Metropolitana:

Modalidade	Município
CAPS I	Fundão João Neiva Santa Maria de Jetibá Santa Teresa
CAPS II-	Aracruz Cariacica - Cidade (Estadual) Cariacica - Moxuara (Estadual) Guarapari Serra Vila Velha Vitória
CAPS ad II	Serra Vila Velha
CAPS III	Vitória
CAPS ad III	Vitória
CAPS ij	Serra Vila Velha Vitória Cariacica

Região Sul

Modalidade	Município
CAPS I	Alegre Anchieta Castelo Guaçuí Itapemirim São José do Calçado (pactuou regionalizar e atender os municípios de Apiacá e Bom Jesus do Norte Vargem Alta.
CAPS II-	Cachoeiro de Itapemirim (Estadual)

B- HOSPITALAR

Os pontos de atenção sob regime de internação da Linha de Cuidado pós Covid-19 estão localizados nas três Regiões de Saúde para atendimento em reabilitação hospitalar.

QUADRO 2: SERVIÇOS DA REDE HOSPITALAR A SEREM REFERENCIADOS PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES NA SÍNDROME PÓS-COVID.

Região Metropolitana	Região Central / Norte	Região Sul
<p>Leitos Cuidados prolongados Pós Covid-19</p> <p>1) HEAC</p> <p>Leitos de Reabilitação Pós Covid-19</p> <p>1) CREFES (15 leitos de reabilitação).</p> <p>Leitos de Saúde Mental</p> <p>1) no Hospital Padre Máximo, em Venda Nova do Imigrante (04 leitos).</p>	<p>Leitos de Cuidados Prolongados Pós Covid-19</p> <p>1) H. João dos Santos Neves em Baixo Guandu.</p> <p>2) Hospital São Marcos, em Nova Venécia.</p> <p>Leitos de Saúde Mental</p> <p>1) Hospital São Marcos, em Nova Venécia (08 leitos).</p>	<p>Leitos de Cuidados Prolongados Pós Covid-19</p> <p>1) Hospital Estadual São José do Calçado (HESJC).</p> <p>Leitos de Saúde Mental</p> <p>1) Leitos em Hospital Geral - Hospital Apóstolo Pedro, em Mimoso do Sul (10 leitos).</p>

<p>2) Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves - HIMABA, em Vila Velha (10 leitos infantojuvenil).</p> <p>3) Hospital Estadual de Atenção Clínica - HEAC, em Cariacica (50 leitos).</p>	<p>2) Hospital Santa Casa em Colatina (10 leitos adulto).</p> <p>3) Hospital Santa Casa em Colatina (10 leitos infantojuvenil).</p>	<p>2) Hospital Santa Casa de Castelo (08 leitos).</p> <p>3) Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos - CAPAAC, em Cachoeiro de Itapemirim (35 leitos).</p>
--	---	---

Fonte: NEAE / GEPORAS 2021

IV- Critérios clínicos para o acesso

Os pacientes acometidos pela Covid-19 aguda podem apresentar variados quadros clínicos, desde casos assintomáticos, sintomáticos leves a moderados que podem ser conduzidos ambulatorialmente, ou pacientes com sintomas graves que necessitam de internação em enfermarias ou UTI.

As complicações decorrentes da Covid-19 ou do seu tratamento, acometem prioritariamente os pacientes que apresentaram quadros clínicos mais graves com longos períodos de internação, mas os casos leves a moderados também podem ser acometidos por complicações pós Covid-19.

O Plano de Cuidado pós Covid-19 será definido próximo a alta hospitalar programada e assim, este paciente seguirá o itinerário terapêutico definido pela equipe multidisciplinar que o assistiu durante a internação, podendo ser encaminhado para:

- APS para reavaliação multidisciplinar e acompanhamento, e/ou se necessário encaminhamento para consulta ambulatorial especializada e/ou reabilitação ambulatorial;
- Leitos de reabilitação hospitalar em Centro de Reabilitação ou para Hospital Clínico em leitos de cuidados prolongados pós Covid-19, de acordo com os critérios clínicos.
- Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais - quando necessárias e, na ausência de CAPS III ou CAPS ad III as internações devem se dar preferencialmente em leitos localizados em hospitais gerais, normatizados pelas Portarias de Consolidação Nº 3 e Nº 6 de 2017, e pela Portaria Ministerial Nº 3588/2017. Os serviços de internação devem atender o paciente com transtorno mental e/ou

sofrimento psíquico intenso durante o período de crise. São atendidas pessoas acometidas por quadros agudos, ou crônicos agudizados. O leito em hospital geral garante que, tanto após esclarecimento diagnóstico quanto mediante uma comorbidade ou complicação clínica associada ao transtorno mental, o paciente será tratado de forma integral (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Estes critérios estão definidos nesta Linha de Cuidado para orientar o itinerário do paciente pós Covid-19.

A - AMBULATORIAL

Consultas Especializadas

As consultas especializadas são disponibilizadas nos Centros Regionais de Especialidades e Rede Cuidar de acordo com os municípios adscritos no quadro 3.

QUADRO 3: SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DA REDE AMBULATORIAL E MUNICÍPIOS ADSCRITOS

	Serviços	Municípios Adscritos
Centro Regional de Especialidades-CRE	CRE Região Metropolitana	Guarapari, Vila Velha, Serra, Vitória, Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Santa Leopoldina, Santa Teresa, Fundão, Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá, Venda Nova do Imigrante, Cariacica, Viana.
	CRE Região Central	Montanha, Pedro Canário, Conceição da Barra, Pinheiros, Boa Esperança, Vila Pavão, Nova Venécia, São Mateus, Jaguaré, Vila Valério, Sooretama, Rio Bananal, Linhares.
	CRE Região Norte	Mucurici, Ponto Belo, Ecoporanga, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Mantenópolis, Águia Branca, São Gabriel da Palha, Alto Rio Novo, Pancas, São Domingos do Norte, Governador Lindemberg, Colatina, Marilândia, Baixo Guandu, São Roque do Canaã

	CRE Região Sul	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta.
Rede Cuidar	Rede Cuidar Norte	Nova Venécia, Jaguaré, São Mateus, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Montanha, Vila Pavão, Barra de São Francisco, Água Doce do Norte, Ecoporanga, Ponto Belo e Mucurici.
	Rede Cuidar Santa Teresa	Santa Teresa, Fundão, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, São Roque do Canaã, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra.
	Rede Cuidar Guaçuí	Guaçuí, Irupi, Iúna, Muniz Freire, Ibitirama, Divino São Lourenço, Dores do Rio Preto, Alegre, Jerônimo Monteiro, Bom Jesus do Norte, Apiacá, Mimoso do Sul, São José do Calçado e Muqui.
	Rede Cuidar Linhares	Linhares, João Neiva, Sooretama, Rio Bananal, Marilândia, Vila Valério, Governador Lindemberg Águia Branca e Alto Rio Novo.
	Rede Cuidar Domingos Martins (previsão de abertura em 2021)	Domingos Martins, Marechal Floriano, Castelo, Conceição do Castelo, Venda Nova do Imigrante, Ibatiba, Afonso Cláudio, Brejetuba.

Fonte: GAEE/SESA, 2021

As principais especialidades necessárias ao acompanhamento clínico das complicações pós Covid-19 estão enumeradas abaixo e devem ter acesso garantido mediante a disponibilização de laudo pelo médico assistente, conforme os critérios.

1) **Cardiologia**

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com miocardite, arritmias e/ou insuficiência cardíaca pela Covid-19, com ou sem sintomas na alta hospitalar, deverão ser encaminhados para consulta especializada em cardiologia.

2) Pneumologia

Pacientes pós Covid-19 que estiveram internados em UTI com ventilação mecânica (invasiva ou não) e persistência dos sintomas (dispneia e tosse mesmo após 60 dias), e/ou alteração em tomografia acima de 50% na fase aguda da doença com necessidade de suplementação de O₂ e persistência dos sintomas, e/ou exames de controle (TC e Espirometria após 60 dias da alta hospitalar ou saída do isolamento) com alteração persistente, deverão ser encaminhados ao pneumologista para avaliação e definição de conduta.

3) Neurologia

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com AVC, encefalite, convulsões, cefaleia persistente, confusão mental, agitação psicomotora, delírios e alucinações persistentes após 12 semanas da fase aguda da Covid-19, deverão ser encaminhados para consulta especializada em neurologia.

4) Psiquiatria

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, síndrome do pânico deverão ser encaminhados ao psiquiatra para avaliação e definição de conduta.

5) Endocrinologia

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com distúrbios endócrinos (cetoacidose diabética, hipotireoidismo, hipertireoidismo) deverão ser encaminhados ao endocrinologista para avaliação e definição de conduta.

6) Nefrologia

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com algum tipo de alteração da função renal e a creatinina não retornou ao valor basal, ou aqueles pacientes que possuíam nefropatia prévia e não acompanhavam, deverão ser encaminhados precocemente ao nefrologista para avaliação e definição de conduta.

7) Oftalmologia

Pacientes pós Covid-19 que evoluíram com complicações trombóticas em retina (muito provavelmente causadas pela resposta inflamatória do organismo contra a doença), a saber: hemorragias de padrão isquêmico, manchas algodinosas, palidez setorial de retina, oclusão vascular de retina (arterial, de ramo venoso e de veia central da retina), bem como os que evoluíram com uveíte, neurite óptica, paralisia de nervos cranianos e/ou estrabismo, deverão ser encaminhados precocemente ao oftalmologista, para avaliação e definição de conduta.

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENTS

As equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental são parte da RAPS, do componente “Atenção Psicossocial” e constituem estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais. Têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (SESA, 2019).

Casos que podem ser atendidos na APS ou referenciados às Equipes de Saúde Mental: estresse, desorganização da rotina com alterações de alimentação, de sono e aumento de ansiedade, mudanças em seus papéis ocupacionais, ansiedade por mudança de comportamento, ansiedade e agitação por permanecerem durante a maior parte do dia apenas em suas casas e com reduzidas formas de socialização.

Segundo redação dada pela Portaria Ministerial nº 3.588/2017, compete às equipes:

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias **com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;**

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com **transtornos mentais moderados, encaminhados pela APS;**

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

As AMENTS podem contar com os seguintes profissionais, a depender de sua tipologia: assistente social, médico clínico, médico psiquiatra e psicólogo. E na de Tipo 3 podem ser incluídos outros profissionais: terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. E todos os municípios do Estado, independente de parâmetro populacional, podem implantar/ implementar e solicitar habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Atualmente, o Estado Conta com 10 unidades do Tipo 1, sendo três habilitadas e sete não habilitadas, e em funcionamento, a saber:

Região Metropolitana

Equipamento	Município
AMENT - Tipo 1	Ibiraçu

Região Central/Norte

Equipamento	Município
AMENT - Tipo 1	Governador Lindemberg Mantenópolis Marilândia (habilitada) Pancas (habilitada) São Domingos do Norte São Gabriel da Palha São Mateus Sooretama

Região Sul

Equipamento	Município
AMENT - Tipo 1	Iconha (aguardando publicação da habilitação)

Centros Especializados em Reabilitação:

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, organizados conforme o número de modalidades em reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. No contexto da reabilitação pós Covid-19, as reabilitações nas modalidades respiratória, física e neurofuncional são as mais demandadas, conforme as complicações pós Covid-19 mais frequentes.

Tipos de Reabilitação e critérios de inclusão:

Todos os pacientes destinados à reabilitação ambulatorial devem estar clinicamente estáveis e fora da fase aguda de Covid-19.

1) Reabilitação física e neurofuncional

- Pacientes que necessitam de reabilitação respiratória que apresentem fadiga, dispnéia, hipoxemia a grandes e moderados esforços, sem uso de oxigenioterapia;
- Pacientes com necessidade de reabilitação duas ou três vezes na semana, decorrente de complicações motoras ou neurocognitivas moderadas pós-Covid19, com até seis meses de evolução;
- Pacientes com comprometimento motor e neurofuncional como fadiga muscular intensa, sarcopenia, acometimento sensorial, alterações de equilíbrio e coordenação motora, alterações na marcha, dispraxia, limitação de movimentos de membros inferiores ou superiores, disfagia, alterações cognitivas (confusão mental, déficit de memória), decorrente de complicações pós Covid-19 (miopatias, encefalopatias agudas, polineuropatias, distrofias musculares, AVE, processos desmielinizantes como Guillain-Barré);
- Pacientes com déficit cognitivo e/ou sensorial que não impeça a comunicação e/ou participação ativa nas atividades de reabilitação;
- Pacientes com limitação na realização das AVD (alimentação, banho, vestuário, uso de sanitário, higiene pessoal, transferências, compreensão, interação social) com score da MIF de 19-61 pontos.
- Pacientes com potencial de ganhos reabilitacionais a curto e médio prazo.

Através da Regulação Formativa as vagas serão disponibilizadas para pacientes que necessitam de reabilitação ambulatorial pós Covid-19, sendo esse, critério de prioridade.

A previsão de duração do tratamento é em torno de três até oito semanas, (máximo 60 dias), a ser avaliado pela equipe de reabilitação, conforme estabelecido no Plano de Cuidado pós Covid-19 e previamente pactuado com a família do paciente.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes instáveis clinicamente, em uso de oxigenioterapia;
- Pacientes na fase aguda da Covid-19 até três (03) semanas.

B-HOSPITALAR ²

Após a alta hospitalar, os pacientes com maior grau de dependência funcional e que preenchem os critérios de inclusão devido às complicações pela Covid-19, podem ser transferidos para os leitos de reabilitação ou para os leitos de cuidados prolongados pós Covid-19.

Os leitos de **Cuidados Prolongados** têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo ou subagudo. Destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, como o caso da doença provocada pelo novo coronavírus, que por vezes provoca exacerbação da doença crônica de base.

Constituem-se em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

² PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para internação hospitalar o usuário com Síndrome Pós-Covid-19 com necessidade de reabilitação em leitos de cuidados prolongados poderá ser procedente de:

1. Unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas;
2. Unidades ambulatoriais de reabilitação; e
3. Atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado.

A internação do usuário leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19 seguirá as definições estabelecidas observado o seguinte fluxo:

1. A internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas à Central de Regulação Estadual (NERI), ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar;
2. A Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário;
3. Obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem do leito de cuidado prolongado para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e
4. A Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário.

Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Linha de Cuidado para a Covid-19

Poderá ser admitido em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19 o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

1. Recuperação do processo agudo e/ou subagudo de Covid-19 e/ou recorrência de um processo crônico;
2. Necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes do processo agudo e/ou subagudo de Covid-19;
3. Dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

Além de apresentar pelo menos uma das características descritas, o usuário elegível para ser admitido em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19 deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

Critérios de Inclusão para Internação em em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19:

1. Usuários com dependência funcional permanente parcial ou total, em recuperação de processo agudo por Covid-19, ou por descompensação de doença crônica pós Covid-19, como os que apresentam com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; com disfagia grave aguardando gastrostomia; que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV, estável clinicamente e com necessidade de cuidados para reabilitação e/ou adaptação a complicações ou perdas funcionais pós Covid-19.
2. Usuários com complicações pulmonares relacionadas à Covid-19: pacientes com suporte ventilatório não invasivo, oxigenoterapia ou higiene brônquica; submetido ou não à traqueostomia de forma permanente ou temporária em fase de decanulação, para capacitação dos cuidados nestas condições do próprio usuário e/ou familiar/cuidador.
3. Usuários com infecção secundária relacionada à internação pela Covid-19, com a finalidade de conclusão de terapia endovenosa(antibioticoterapia / antifúngicos) com diagnóstico e tempo de administração estabelecidos.
4. Usuários com complicações neurológicas relacionadas à Covid-19: pacientes com doença neurológica, cérebro vascular pós Covid-19, com comprometimento cognitivo e/ou motor, com necessidade de reabilitação motora/cognitiva e fonoterapia de manutenção.

Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

São inelegíveis à internação em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19 os seguintes usuários:

Critérios de Exclusão para Internação em em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19:

1. Com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;
2. Cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e
3. Que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.

Crítérios de Alta da Internação em em leito de cuidados prolongados para Síndrome Pós-Covid-19:

A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerando os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. São objetivos da alta hospitalar responsável:

1. Promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;
2. Buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário;
3. Dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;
4. Otimizar o tempo de permanência do usuário internado;
5. Prevenir o risco de readmissões hospitalares;
6. Avaliar as necessidades singulares do usuário; e
7. Prevenir o risco de infecção hospitalar.

Leitos de Reabilitação pós Covid-19 - Centro de Reabilitação Física Pós Covid-19 CREFES

Unidade responsável por cuidados intensivos de média complexidade em reabilitação aos pacientes com complicações de Covid-19 que possuam potencial para recuperação plena

de suas funções. A instituição oferece atendimento médico especializado (neurologia, clínica médica) e atendimento em fisioterapia, enfermagem, serviço social, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, educação física e enfermagem.

Critérios de Inclusão

1. Pacientes com necessidade de reabilitação intensiva (todos os dias) decorrente de complicações motoras ou neurocognitivas moderadas pós Covid-19, com até seis meses de evolução;
2. Pacientes clinicamente estáveis, com doença crônica de base controlada (ex: DPOC, ICC, HAS, diabetes, convulsões), podendo apresentar úlcera de pressão até estágio I e II e cistostomia ou sonda vesical de demora;
3. Pacientes em uso de via oral exclusiva para se alimentar;
4. Pacientes com ausência de doenças infecciosas em fase de transmissão;
5. Pacientes com déficit cognitivo ou sensorial que não impeça a comunicação e/ou participação ativa nas atividades propostas.
6. Pacientes com limitação na realização das atividades de vida diária (alimentação, banho, vestuário, uso de sanitário, higiene pessoal, transferências, compreensão, interação social) com pontuação da MIF 18 pontos e 19-61 pontos.
7. Pacientes com potencial de ganhos reabilitacionais a curto e médio prazo.

Critérios de Exclusão

1. Pacientes com doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável ou que necessitem de suporte avançado de vida, mesmo que estáveis;
2. Pacientes com traqueostomia e gastrostomia;
3. Pacientes com úlcera de pressão estágio III e IV, que necessite de intervenção cirúrgica para desbridamento;
4. Pacientes em uso de suporte nutricional via dieta enteral.
5. Pacientes com déficit cognitivo ou sensorial que impeça a comunicação e/ou participação ativa nas atividades de reabilitação.
6. Paciente com dependência de oxigênio.

Serão disponibilizados 15 leitos de reabilitação pós Covid-19. A duração do tratamento é estimada em três a oito semanas, a ser reavaliado semanalmente, pela equipe de reabilitação conforme estabelecido no Plano de Cuidado pós Covid-19 e previamente pactuado com a família do paciente.

É necessária a implantação dos leitos de reabilitação pós Covid-19 não somente pensando na lógica de reabilitação física, mas expandindo esse olhar para implantação da reabilitação respiratória, tendo em vista o aumento da demanda por parte da população acometida pela Covid-19. Nesta perspectiva pretende-se acrescentar às unidades de trabalho existentes no CREFES a Reabilitação Cardiopulmonar visando atender às demandas desta parcela da população que desenvolveu sintomas pós Covid-19 e que necessita ser reabilitada para retomada de suas atividades diárias. Para tanto, será realizada posteriormente, adequação da estrutura física, qualificação dos profissionais, compra de equipamentos e demais atividades necessárias para que a assistência seja prestada de forma eficiente à população.

C - ATENÇÃO DOMICILIAR/PROGRAMA MELHOR EM CASA

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, caracterizada pelo conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. É serviço complementar aos cuidados realizados na APS, substitutivo ou complementar à internação hospitalar.

É indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para população definida e se relaciona com os demais serviços de saúde que compõem a

RAS, em especial com a atenção básica, atuando quando necessário, como matriciadores dessas equipes.

A Atenção Domiciliar está subdividida em três tipos (AD1, AD2 e AD3), sendo que a AD1 está vinculada às equipes da atenção básica e requer cuidados com menor frequência e menos necessidade de intervenções multiprofissionais, pressupondo estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. As AD2/AD3 estão vinculadas ao SAD.

Critérios de Inclusão AD2 e AD3:

- Pacientes egressos das Unidades de Cuidados Prolongados pós Covid-19 que ainda mantêm necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais de possíveis afecções agudas, crônicas agudizadas ou reabilitação das complicações.
- Nos casos que exigem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar, necessitam da modalidade AD3.

Critérios de Exclusão:

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

No ES, cinco municípios possuem equipes habilitadas EMAD tipo 1, totalizando oito equipes, conforme quadro abaixo. Cada EMAD tipo 1 é responsável pelo atendimento médio de 60 pacientes/mês, 12 horas por dia, todos os dias da semana. No Estado as oito equipes habilitadas têm capacidade de atendimento em torno de 480 pacientes/mês nos municípios que implantaram o SAD, porém segundo a Portaria GM/MS 806 de 27 de abril de 2021 suspende temporariamente o recurso para o custeio do Programa Melhor

em Casa nos municípios de Vitória e Serra. Diante deste cenário temos atuante 04 equipes com capacidade máxima de atendimento de 240 pacientes/mês.

QUADRO 4: EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR IMPLANTADAS NO ESPÍRITO SANTO.

Município	Proponente	EMAD I Habilitadas	EMAD II Habilitadas	EMAP Habilitadas	Portaria de Habilitação
Cariacica	Municipal	1	0	0	3616 18/12/2020
São Mateus	Municipal	1	0	1	3495 17/12/2020
Serra	Municipal	2	0	1	3615 18/12/2020
Vitória	Municipal	2	0	1	3616 18/12/2020
Vila Velha	Municipal	2	0	1	1279 18/05/2020

Fonte: RUE/NEAE 2021

D - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Salienta-se que o cuidado na recuperação desses indivíduos não deve restringir-se às terapias convencionais, mas deve valer-se da saúde em seu conceito ampliado e direcionado à integralidade no cuidado, com ênfase na postura acolhedora, na autonomia dos sujeitos, e na corresponsabilização dos mesmos sobre a sua saúde.

Nessa perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) correspondem ao conjunto de recursos terapêuticos vinculados às Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas com propósito de incentivar - individual e/ou coletivamente - mecanismos naturais para prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente o SUS dispõe de 29 modalidades de PICS, e estas práticas agregam valor à saúde dos usuários em qualquer ponto da Linha de Cuidado pós Covid-19, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde. Trata-se do uso de técnicas simples, de baixo custo, artesanais, coadjuvantes às terapias medicamentosas, sustentáveis e comprovadamente eficazes, que vem contribuir com a ampliação de ofertas

de cuidado em saúde e com a consolidação de um sistema resolutivo de qualidade (BRASIL, 2018).

V - Itinerário Terapêutico do paciente Pós Covid-19 na Linha de Cuidado

Apesar da maioria dos infectados pela Covid-19 apresentarem recuperação completa, um número menor manifesta permanência de algum sintoma/complicação que pode durar por semanas e até meses. Nesta perspectiva mostra-se indispensável definir o itinerário na Linha de Cuidado pós Covid-19, visando a recuperação e reinserção desses indivíduos no seu meio social. Baseando-se nos dados adquiridos do sistema de regulação do estado do ES, no período de 01/01/2021 a 30/06/2021, houve 4385 pessoas que necessitam de internação em enfermaria e UTI, sendo que destes 365 usuários permaneceram internados mais de 30 dias em UTI. Baseado nesta demanda foi estabelecido as portas de entrada e o caminho a ser percorrido pelo usuário durante a assistência de acordo com a sua necessidade.

Os pacientes pós Covid-19 que na **fase aguda foram conduzidos pela APS**, devem continuar sendo acompanhados pelas equipes da APS na fase pós Covid-19 para detecção de possíveis complicações e as que possam aparecer e assim, serem direcionados para a assistência necessária (consultas especializadas e/ou reabilitação ambulatorial).

Os pacientes pós Covid-19 que na **fase aguda foram conduzidos pela Atenção Especializada Hospitalar** (internação em enfermaria ou UTI Covid-19), na alta hospitalar recebem o planejamento que a equipe multidisciplinar elaborou para continuidade do cuidado através do Plano de Cuidado pós Covid-19, que vai direcionar todo o itinerário na Linha de Cuidado pós Covid-19 após a alta hospitalar.

A partir desse Plano, os pacientes que não possuem condições clínicas de retorno ao domicílio e preenchem critérios para reabilitação hospitalar nos leitos de reabilitação pós Covid-19 (Centro de Reabilitação Física) ou Leitos de Cuidados Prolongados pós Covid-19 (Unidades de Cuidados Prolongados pós Covid-19) são transferidos via regulação NERI.

Nessas unidades, os pacientes mantêm a execução do Plano de Cuidado pós Covid-19, e tendo alcançado a proposta terapêutica, recebem alta melhorada para acompanhamento na APS com interface nas consultas especializadas se necessário; ou ainda pode ser inserido no Serviço de Atenção Domiciliar. Os pacientes internados no CREFES que

concluíram a reabilitação intensiva hospitalar, mas que necessitam manter reabilitação ambulatorial, continuarão na mesma instituição, porém assistidos na Unidade de Reabilitação Ambulatorial, sem necessidade de retorno à APS para nova regulação.

Os Pacientes estáveis clinicamente após alta hospitalar, em condições clínicas para acompanhamento ambulatorial, retornam para o domicílio e realizam o acompanhamento na APS, equipe multidisciplinar exclusivamente, ou seguindo o Plano de Cuidado pós Covid-19, serão encaminhados via Auto Regulação Formativa para consultas especializadas (CRE/Rede Cuidar) e/ou reabilitação ambulatorial (CER).

Os pacientes pós Covid-19 com complicações pulmonares que evoluírem para dependência de oxigênio, seguirão o protocolo do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada já estabelecido e ofertado por meio dos Centros Regionais de Especialidades.

VERSÃO PRELIMINAR

VI - Aspectos Operacionais da Linha de Cuidado Pós Covid-19

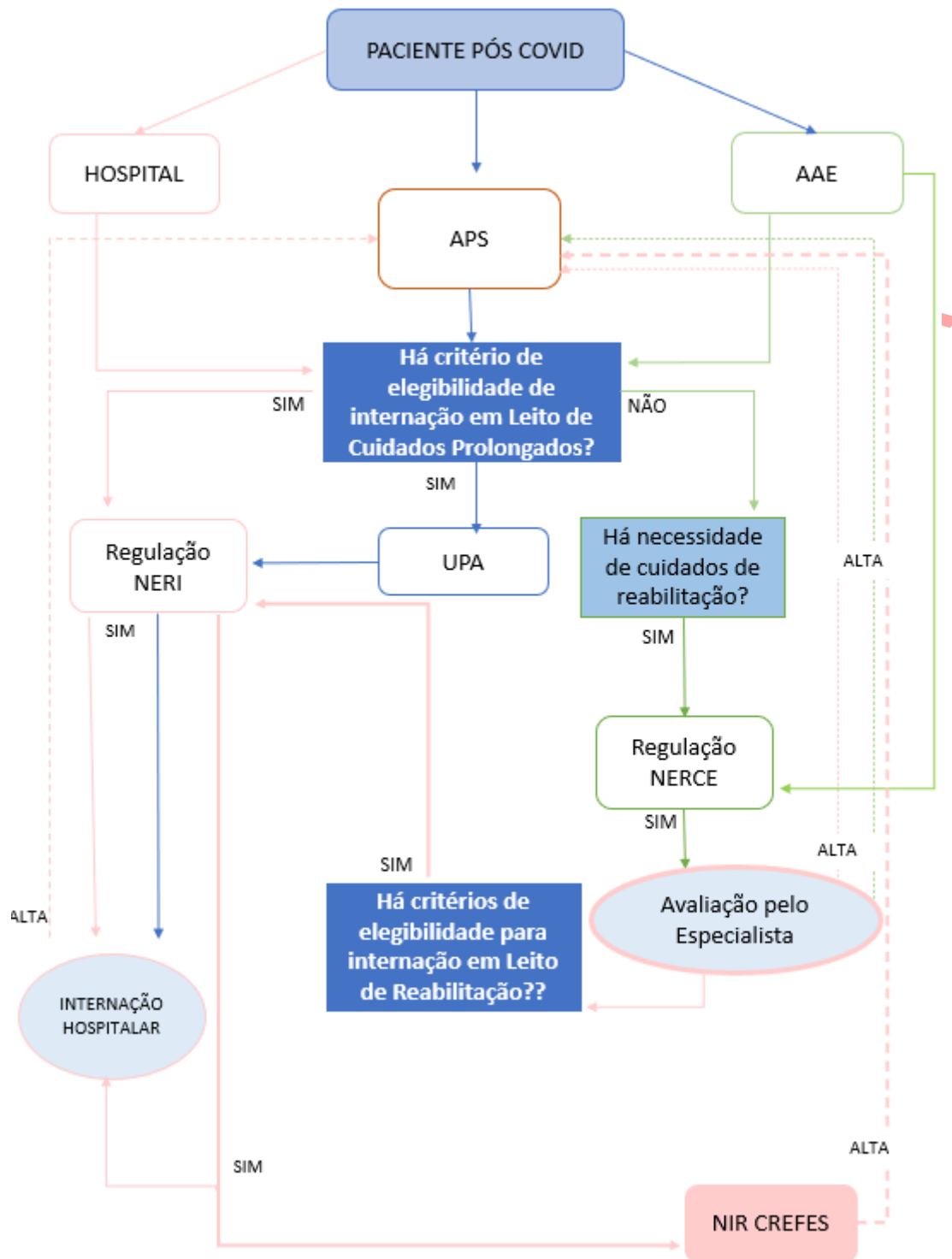


FIGURA 1: FLUXO ATENDIMENTO AO PACIENTE PÓS COVID-19

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a escala global desta pandemia, é evidente que as necessidades de saúde para pacientes com complicações de Covid-19 continuarão a aumentar no futuro previsível. Portanto, o atendimento dos pacientes com Covid-19 não se conclui no momento da alta hospitalar, tendo em vista o grau de comprometimento que os mesmos poderão apresentar futuramente. Sendo assim, é necessário que haja cooperação interdisciplinar e intersetorial com envolvimento de todos os níveis de atenção da RAS, visando a otimização dos serviços já existentes no Estado.

Estabelecer fluxos se faz necessário a fim de buscar a integração entre os níveis de atenção, criando estratégias resolutivas, suprimindo assim as necessidades de saúde da população acometida pela Covid-19, garantindo a integralidade dos cuidados em saúde prestados pelo SUS.

REFERÊNCIAS

- ASSOBRAFIR. **Covid-19 Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_Covid-19_APS_2020.06.01.pdf
- BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, v.10, p.3717-3726, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FnYZKhZG6QJxWfmHJsVz8dH/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 01-07-2021
- BORGES, J. B. C. **Avaliação da Medida de Independência Funcional – ESCALA MIF – e da percepção da qualidade de serviço – ESCALA SERVQUAL- em cirurgia cardíaca**. Botucatu: 2006. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges_jbc_dr_botfm.pdf?sequence=1. Acesso em: 25/06/2021
- BRASIL CONASEMS. CONASS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: [file:///F:/SESA/PÓS%20Covid-19/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-edição-3ª-revisãoMariana-mesclado-1-1%20\(1\).pdf](file:///F:/SESA/PÓS%20Covid-19/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-edição-3ª-revisãoMariana-mesclado-1-1%20(1).pdf). Acesso em: 24 mai 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CONECTA-SUS**, set. 2020. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%A2ncias/2020/S%C3%ADndrome%20%C3%B3s%20Covid-19.pdf> Acesso em: 26 maio, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.

- BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica.**Saúde Mental na Atenção Básica** (Cadernos de Atenção Básica, nº34), Brasília, DF:2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PROADI. **Reabilitação no contexto pós Covid-19**, 2021b. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/e-book-reab-pos-covid-2021.pdf/view>. Acesso em 2 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020. 124p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Ações Programáticas E Estratégicas Coordenação-Geral De Saúde Da Pessoa Com Deficiência Coordenação De Saúde Da Pessoa Idosa. **Guia de Atenção à reabilitação da pessoa idosa**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/16/GUIA-DE-ATENCAO-A-REABILITACAO-DA-PESSOA-IDOSA--versao-para-consulta-publica-29.03.2019.pdf>. Acesso em: 25/06/2021
- BRASIL. **Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à Covid-19**. Adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à Covid-19, 17 de junho de 2020b.
- BURTON M. Jr. et al. Antimicrobial mouthwashes (gargling) and nasal sprays to protect healthcare workers when undertaking aerosol-generating procedures (AGPs) on patients without suspected or confirmed COVID-19 infection. **Cochrane Database Syst Rev**; 9: CD013628, Set. 2020.
- CAMPOS et al. Carga de doença da Covid-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 36 (11) 30 Out 20202020. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>> Acesso em: 26 maio. 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-CREFITO. Diretrizes das terapêuticas ocupacionais na síndrome pós Covid-19. Minas Gerais: CREFITO 4 MG, 2021.
- CRIADO PR. Manifestações na pele devido à Covid-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2: uma interpretação dos dados frente à luz dos fatos até o dia 26 de março de 2020. Sociedade Brasileira de Dermatologia, Rio de Janeiro; 28 Mar 2020. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/noticias/manifestacoes-na-pele-devido-a-covid-19-causada-pelo-virus-sars-cov-2-uma-interpretacao-dos-dados-frente-a-luz-dos-fatos-ate-o-dia-26-de-marco-de-2020/>. Acesso em: 06 maio 2021.
- DAUMAS R.P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cad. Saúde Pública** 36 (6). 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120> > Acesso em: 27 maio, 2021.
- DE CARLO, M. M. R. et al. Diretrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da Covid-19 e perspectivas pós-pandemia. **Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]**. 14 de outubro de 2020 [citado 27 de janeiro de 2021];53(3):332-69. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173471>
- DOURADO, P. et al. **Síndrome Pós Covid-19**. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde de Goiás. 2020. Disponível em: [61](https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/II%20-</p></div><div data-bbox=)

- %202020/COVID-19%20-%20S%C3%ADndrome%20P%C3%B3s%20COVID-19.pdf >
Acesso em: 27 maio, 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Painel Covid-19 Estado Espírito Santo**. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-Covid-19-es> acessado em 09 de junho de 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Painel ocupação de leitos hospitalares de Covid-19**. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares> acessado em 09 de junho de 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Protocolo de Regulação do Acesso Plano de Contingência para Internações Hospitalares por Covid-19**. Revisão 02 31 de março, 2021.
- FARO, A. et al. Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 2020; 37, e200074. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Cartilha do Programa Reabilita Goiás**. Goiânia: SES-GO, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/biblioteca/cartilha.pdf>> Acesso em: 08 jun.2021.
- GRAÇA N.P. et al. Covid-19: Seguimento após alta hospitalar. **Pulmão RJ** 2020; 29(1):32-36. Disponível em <http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2020/artigo-6-Covid-19%20Seguimento%20ap%C3%B3s%20a%20alta%20hospitalar.pdf> Acesso em: 26 maio, 2021.
- LOPEZ-LEON S. et al. Mais de 50 efeitos de longo prazo do Covid-19: uma revisão sistemática e meta análise. **MedRxiv**. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v2.full.pdf> Acesso em: 27 maio. 2021.
- MATOS L.D.N.J.; JORGE L.L.; AKOPIAN S. Albert Einstein. Guia do Episódio de Cuidado COVID 19 - Reabilitação Para Pacientes Pós-Covid. Data de Aprovação: 28/04/2020. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Covid-19_-Reabilitacao_para_Pacientes_Pos_COVID.pdf> Acesso em: 10 jun.2021.
- Ministério da Saúde, Portaria nº3588/2017, Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
- NALBANDIAN, A; Sehgal, K; Gupta, A et al. Post-acute Covid-19 syndrome. *Nature Medicine*, VOL 27, Abril 2021, 601–615.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. There is a current outbreak of Coronavirus (COVID 19) disease. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 14 abr 2021.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico Complicações e complicações da Covid-19. 12 de agosto de 2020a, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020
- PARANÁ. Secretaria da Saúde. Nota Orientativa 53/2020. Reabilitação do Paciente pós Tratamento de Infecção por SARS-CoV-2. Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-12/Nota%20orientativa%20n%C2%BA%2053%20reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em:08 jun.2021.
- POSSA, Lisiane Bôer; PADILLA, Monica; PLENTZ, Luiza Maria; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio Ferla. Linha de Cuidado em Covid-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. *Revista Saúde em Redes*, v. 6, Supl. 2, 2020.
- RIBERTO, Marcelo; Miyazaki, Margarida H; Jorge Filho, Donald; Sakamoto, Hatsue; Battistella, Linamara Rizzo. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica* 8(1): 45-52, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102274/100652>. Acesso em 25/06/2021

- RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. Necessidades assistenciais para o manejo de sintomas persistentes e Síndrome pós-Covid-19. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 19 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/necessidades-assistenciais-para-o-manejo-de-sintomas-persistentes-e-sindrome-pos-Covid-19/>>. Acesso em: 28 maio.2021.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 03/2021 de 26 de novembro de 2021. Apresenta o atendimento na atenção primária à saúde (aps) de pessoas desospitalizadas com diagnóstico de covid19 em uso de oxigenioterapia domiciliar no cenário de emergência de saúde pública em santa catarina. Disponível em <<https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%2003-2021%20-%20DAPS-SES-SC.pdf>> Acesso em: 26 maio. 2021.
- SBD. Manifestações cutâneas associadas à Covid-19 conforme literatura publicada até 30/04/21. Disponível em: [www.http://sbd.org.br/mm/cms/2021/05/27.nota-tecnicasbd.pdf](http://sbd.org.br/mm/cms/2021/05/27.nota-tecnicasbd.pdf). Acesso em: 21 jun. 2021.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO - SESA. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. 1ª edição. 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20Mental.pdf>>Acesso em: 17 junho 2021
- Secretaria de Estado da Saúde, Nota Técnica 01/2019, Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).
- SOONG, C. et al. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. J Hosp Med, v.8, p. 444-449, 2013.
- UNICAMP. Protocolo institucional Manejo do paciente internado na enfermaria com Covid-19 06 de abril de 2021 Versão 5.1. Disponível em < <https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2021/04/Protocolo-enfermaria-Covid-19-Vers%C3%A3o-5.1.pdf> > Acesso em: 27 maio, 2021.
- XU J. et al. Salivary Glands: Potential Reservoirs for COVID-19 Asymptomatic Infection. Journal of Dental Research, Apr. 2020.
- ZWIELEWSKI, G., Oltramari, G., Santos, A. R. S., Nicolazzi, E. M. S., Moura, J. A., Sant'Ana, V. L. P., Schindwein-Zanini, R., Cruz, R. M. (2020). Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. Revista debates in psychiatry. Disponível em <http://www.hu.ufsc.br/setores/neuropsicologia/wp-content/uploads/sites/25/2015/02/Protocolos-psic-em-pandemias-covid-final.pdf>.
- WHO. World Health Organization. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

APÊNDICE A - Medida de Independência Funcional (MIF)

A escala MIF foi validada para o português em 2001, com a publicação do artigo Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional (RIBERTO; et al, 2001).

O Guia de Reabilitação da Pessoa Idosa publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, sugere o uso da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliar o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social, nos aspectos: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo,

uso de vaso sanitário, controle da urina, controle das fezes, transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, transferência para vaso sanitário, transferências para banheira ou chuveiro, locomoção, locomoção em escadas, compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória (BRASIL, 2019).

A avaliação funcional é realizada para que se possam avaliar os cuidados pessoais e o desempenho do indivíduo nas atividades da vida diária. Esta avaliação direciona a equipe de saúde a programar os objetivos a serem alcançados para sua independência ou treino familiar, observando e ressaltando sua capacidade preservada e as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2019).

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa, ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade (BORGES, 2006). Compõem duas (2) dimensões (motora e cognitiva) subdivididas em seis (06) categorias, no total de 18 itens. As categorias são autocuidado, controle do esfíncter, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva) (BORGES, 2006).

Nesse instrumento, o escore inclui sete (7) pontos representando o nível de completa independência e o um ponto representando a completa dependência. O escore total mínimo é de 18 e máximo de 126 pontos (BORGES, 2006).

A MIF total é dividida em 4 scores:

- 18 pontos - dependência completa (assistência total);
- 19-60 pontos - dependência modificada (assistência de até 50%);
- 61-103- dependendo modificada (assistência de até 26% da tarefa);
- 104-126- independência completa/modificada.

Pacientes que apresentem pontuação menor ou igual a 60, deverão ser encaminhados aos serviços de atenção especializada.



**Formulário para aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF)
em pacientes Pós Covid-19**

Níveis (utilizar a pontuação do nível para classificar cada item da escala abaixo):		
Independência Completa	7	SEM AJUDA
Independência Modificada	6	
Supervisão	5	DEPENDENCIA MODIFICADA
Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75% à 100%)	4	
Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50% à 74%)	3	DEPENDENCIA COMPLETA
Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25% à 49%)	2	
Ajuda total (indivíduo ≥ 0% à 24%)	1	

	Escore antes da contaminação por Covid-19*	Escore após contaminação pela Covid-19
AUTOCUIDADO		
A. Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banho		
D. Vestir-se da cintura para cima		
E. Vestir-se da cintura para baixo		
F. Uso do vaso sanitário		
CONTROLE DE ESFINCTERS		
G. Controle de Urina		
H. Controle de Fezes		
MOBILIDADE/TRANSFERENCIAS		
I. Leito, Cadeira, cadeira de rodas		
J. Sanitário		
K. Banheira, chuveiro		
LOCOMOÇÃO		
L. Marcha/ Cadeira de rodas		
M. Escadas		
COMUNICAÇÃO		
N. Compreensão (auditiva/visual)		
O. Expressão (verbal/não verbal)		
COGNICAO SOCIAL		
P. Interação Social		
Q. Resolução dos problemas		
R. Memória		

* Sugere-se fazer uma análise hipotética da funcionalidade previa a contaminação para avaliação se a perda de funcionalidade foi pela Covid-19 ou se já existia incapacidade prévia

TOTAL: _____

Fonte: Adaptada de Perracini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Fisioterapia: teoria e prática clínica.