



**Prefeitura de
Fortaleza**

PROTOCOLO CLÍNICO COVID-19

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FORTALEZA – CE

2021

**Versão 4
Atualização
25/06/2021**

José Sarto Nogueira Moreira
Prefeito do Município de Fortaleza

Ana Estela Fernandes Leite
Secretária da Saúde do Município de Fortaleza

João Batista Gomes Leal
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Julio Ramon Soares Oliveira
Secretário Executivo da Saúde do Município de Fortaleza

Aline Gouveia Martins
Secretária Adjunta da Saúde do Município de Fortaleza

Erlemus Ponte Soares
Coordenador de Redes de Atenção Primária e Psicossocial

João Batista Silva
Coordenador de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar

Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Nélio Batista de Moraes
Coordenador de Vigilância à Saúde

Nívea Tavares Pessoa de Souza
Coordenador de Assistência Farmacêutica

Fabiana Sales Vitoriano Uchoa
Coordenadora Geral das Regionais de Saúde

Luciana Passos Aragão
Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde

Antônio Silva Lima Neto
Gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
ABORDAGEM CLÍNICA DA INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS.....	5
1. IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO	5
Definição de Caso Suspeito	5
Classificação dos Pacientes.....	7
Fatores de Risco.....	7
Sinais de Alarme.....	8
2. MANEJO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR COVID-19 NA APS	8
3. MONITORAMENTO CLÍNICO	10
Regras de Encaminhamento Precoce e Seguimento	11
4. MÉTODOS COMPLEMENTARES	13
5. TRATAMENTO CLÍNICO	14
FLUXOGRAMA APS	17
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUÇÃO

Um surto sem precedentes de uma pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, surgiu em dezembro de 2019. Um novo coronavírus foi identificado como agente causador, posteriormente, denominado COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Considerado um parente da síndrome respiratória aguda grave (SARS) e da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), o COVID-19 é causado por um betacoronavírus denominado SARS-CoV-2, que afeta o trato respiratório inferior e se manifesta como pneumonia em humanos.

Os sintomas da infecção por COVID-19 aparecem após um período de incubação de aproximadamente 5,2 dias. O período entre o início dos sintomas do COVID-19 e a morte variou de 6 a 41 dias, com mediana de 14 dias. Esse período depende da idade do paciente e do status do sistema imunológico do paciente.

Como a gravidade da doença está intimamente relacionada ao prognóstico, às estratégias básicas e essenciais às quais devemos aderir para melhorar os resultados continuam sendo a detecção precoce de pacientes de alto risco e gravemente enfermos.

ABORDAGEM CLÍNICA DA INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS

1. IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Após a chegada do paciente à Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), ele deverá seguir os fluxos já estabelecidos pelo Fluxo de Atendimento nas UAPS de Fortaleza (Anexo). Todos os pacientes com Síndrome Gripal deverão receber uma máscara logo que chegarem à UAPS.

No Acolhimento com Classificação de Risco, o paciente deverá ter a avaliação de:

- **Saturação de Oxigênio (SatO2)**
- **Frequência Respiratória (FR)**
- **Pressão Arterial (PA)**
- **Pulso (bpm)**
- **Temperatura (°C)**

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

Critérios de definição de caso suspeito de COVID-19*

*Indivíduo com epidemiologia favorável (risco de exposição nos últimos 14 dias), com início agudo dos sintomas (< 7 dias) e presença de um dos critérios abaixo, na ausência de melhor explicação. Alternativamente, indivíduo com doença respiratória aguda grave, com febre e tosse nos últimos 10 dias, que requer hospitalização.



Critérios de definição de caso suspeito de COVID-19 (iSUS/SESA/Manejo Clínico)		
Sinais e Sintomas definidores		
CRITÉRIO 1	CRITÉRIO 2	CRITÉRIO 3
PRESENÇA DOS SINTOMAS:	PRESENÇA DE 3 OU MAIS:	PRESENÇA DE UM DOS SINTOMAS:
Febre	Febre (ou sensação)	Perda de olfato
Tosse	Tosse	Perda do paladar
	Dispneia	
	Dor de garganta	
	Coriza/Rinorreia	
	Cefaléia	
	Diarréia	
Sintomas complementares		
Fadiga/Adinamia	Náuseas/vômitos	Confusão Mental
Anorexia	Mialgia	

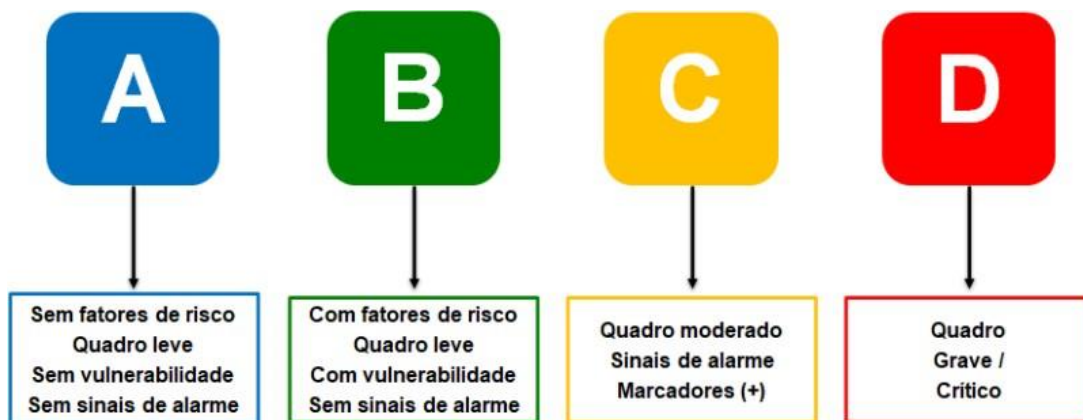
REGISTRO DE CÓDIGOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE DOENÇAS RELACIONADOS A COVID-19 NO FASTMEDIC (CIAP2/CID):

CIAP2	R74 (IVAS), R80 (Gripe)
CID - COVID	B342, B972 e U071
CID correlatos	J00, J028-9, J060, J068-9, J129, J171, J22

NOTIFICAÇÃO

O profissional deverá acessar o link: <https://notifica.saude.gov.br>

CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES



OBS₁: A COVID-19 é **doença dinâmica** e a **estratificação** deverá ser realizada de forma longitudinal, mediante reavaliação clínica e/ou laboratorial.

OBS₂: O momento mais oportuno para a realização da estratificação costuma ser durante o **período crítico** (D7 a D10), ou logo antes do mesmo.

Fonte: <https://coronavirus.ceara.gov.br/profissional/manejoclinico/abordagem-clinica/>

FATORES DE RISCO

A presença de um ou mais fatores de risco listados abaixo deve sinalizar a necessidade de avaliação mais cuidadosa. Tais indivíduos devem, sempre que possível, ser avaliados de forma presencial, com intervalo máximo de 48 horas, devendo os mesmos serem priorizados na realização dos exames laboratoriais de monitoramento).

- Idade \geq 60 anos;
- Diabetes mellitus;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Doença cardiovascular;
- Pneumopatia grave ou descompensada;
- Doença cerebrovascular;
- Doença renal avançada (graus 3, 4 e 5);
- Imunossupressão;
- Neoplasia maligna;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Gestação;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia).

SINAIS DE ALARME

A observação dos sinais de alarme é especialmente importante durante o período crítico da doença. É importante que os mesmos sejam informados para os pacientes e familiares, para que melhor possam realizar o automonitoramento. A presença de um ou mais sinais de alarme listados abaixo deve sinalizar a necessidade de avaliação mais cuidadosa e consideração quanto à indicação de internação hospitalar.

Principais sinais de alarme

- Dispneia (esforços);
- Taquipneia ($FR \geq 25$ irpm);
- Desconforto torácico importante;
- Hipoxemia (**SatO₂ \leq 92%**);
- Incapacidade de hidratar/alimentar;
- Desidratação e/ou Oligúria;
- Tonturas ou dificuldade de caminhar;
- Hipotensão ortostática;
- Sonolência e/ou confusão mental.

2. MANEJO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A saturação de oxigênio por oximetria de pulso e a frequência respiratória por minuto são os parâmetros diretos para avaliação direta da Insuficiência Respiratória Aguda por COVID-19. Os outros parâmetros de sinais de alarme (ver em item anterior) auxiliarão também na tomada de conduta no nível ambulatorial.

Ao realizar a oximetria de pulso é importante que os profissionais da APS tenham atenção nos seguintes pontos:

- 1) Oxímetros carregados ou com pilhas adequadas (posicionamento e carga).
- 2) Verificar se o paciente não apresenta nenhuma alteração/artefato no dedo onde o oxímetro é colocado (unhas com esmaltes, hiperchromias ungueais, etc).

- 3) Manter o oxímetro por um período adequado até que se obtenha uma oximetria sustentada (sem grandes variações).
- 4) Lembrar que a saturação de oxigênio por oximetria de pulso possui variação da mensurada por gasometria arterial (real), portanto outros parâmetros devem ser considerados em valores limítrofes.
- 5) Desidratação e febre são condições clínicas que influenciam na oximetria de pulso. O manejo dessas situações melhoram estados de hipossaturação.

SATURAÇÃO \geq 92% e FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA $<$ 30irpm (EM AR AMBIENTE)

- Não há indicação de suplementação de oxigênio.
- Manter monitoramento ambulatorial rigoroso a critério médico.
- Se tiver outros parâmetros alterados, realizar a conduta apropriada e reavaliar todos os parâmetros da paciente.

Exemplos: Desidratação – realizar hidratação adequada; Febre – antipirético até normalização da temperatura.

- Se manutenção das alterações, indicar Rede de Atenção Emergencial (UPA).
- Saturação \geq 92% com FR $>$ 30irpm, considerar monitorar por um período de 30 minutos para indicar ou não a suplementação de oxigênio (considerar quadro ansioso assim como um esforço realizado).

SATURAÇÃO $<$ 92%

- Cateter nasal de oxigênio, tipo óculos
- Iniciar com fluxo de 3 l/min até no máximo 6 l/min, SEM umidificador
- Acionar meio adequado para remoção do paciente para Rede Emergencial

SATURAÇÃO $<$ 85%

- Máscara com Reservatório
- Fluxos de 7 l/min até 10 l/min
- Acionar meio adequado para remoção do paciente para Rede Emergencial

CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO - ENFERMARIA

- Dispneia (dificuldade para verbalizar etc.);
- FR > 30 irpm*;
- SatO₂ ≤ 92%;
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão);
- Desidratação grave;
- Acometimento radiológico acima de 50%;
- Vulnerabilidade social

* Pacientes com FR > 25irpm e/ou SRAG (SatO₂ < 95%) podem ser avaliados para internação ou **acompanhamento rigoroso ambulatorial**. (Grupo C)

3. MONITORAMENTO CLÍNICO

Na condução na Atenção Primária à Saúde serão avaliados elementos importantes para definir a gravidade do quadro. Após a avaliação, o caso será direcionado de acordo com Classificação e basicamente, teremos QUATRO níveis de atuação:

- **Automonitoramento:** Esta estratégia se baseia no princípio da educação em saúde, que leva em conta o fato de que pacientes e familiares são os melhores “vigilantes” no acompanhamento dos problemas de saúde, visto sua proximidade e capacidade para detectar as primeiras manifestações de eventuais complicações. Neste sentido, os profissionais de saúde devem se preocupar em oferecer as informações mais importantes da doença, especialmente as relacionadas ao período crítico e aos sinais de alarme. Tais informações devem ser prestadas em linguagem acessível e, preferencialmente, mediante material impresso (eg. Cartão de Acompanhamento do paciente), para que os usuários possam ter este material de consulta em seu domicílio.
- **Monitoramento peridomiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde:** em situações de maior vulnerabilidade social, nas quais o meio de acesso remoto torna-se ineficiente, a visita realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde passa a ser a principal forma de monitoramento, com as visitas sendo incluídas no prontuário eletrônico do cidadão e reavaliadas em reunião de equipe.
- **Acompanhamento na UAPS:** será realizado de forma presencial e regular a cada 48h nos pacientes classificados como A e a cada 24h nos pacientes classificados como B utilizando o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Covid-19.
- **Encaminhamento para Rede de Urgência/Emergência:** pacientes classificados como C ou D

TABELA: REGRAS DE ENCAMINHAMENTO PRECOZE E SEGUIMENTO

Risco	Encaminhamento	Monitoramento
A	<ul style="list-style-type: none"> Notificação do caso na UAPS Coleta Swab RT-PCR Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> Auto-monitoramento Monitoramento peridomiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde Monitoramento a cada 48h na UAPS
B	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar outros marcadores laboratoriais de risco (principalmente PCR, LDH e Linfopenia) Notificação do caso na UAPS Coleta do Swab na UAPS Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento diário pela UAPS Monitoramento peridomiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde
C	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento para Rede Emergencial Avaliar possibilidade de remoção por Transporte Sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> Rede de Emergência ou Hospitalar
D	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento para Rede Emergencial Remoção por SAMU 	

INFORMAÇÕES A SEREM REPASSADAS À REGULAÇÃO – SAMU E MONITORAMENTO CORES/SMS

INFORMAÇÕES	OBSERVAÇÕES PARA O CONTATO COM O SAMU
UAPS	Dados administrativos
NÚMERO DO CHAMADO	
NOME COMPLETO	
DATA DE NASCIMENTO	Definir se é população de risco pela idade (> 60 anos)
SATURAÇÃO	Deve ser mantida em observação contínua até a remoção Pode estar baixa cronicamente por Doenças Prévias (DPOC) Verificar pilhas/baterias periodicamente
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Acima de 25 respirações por minuto, já está elevada, porém verifique se não há situações que confundem (ansiedade).
FREQUÊNCIA CARDÍACA	É um dado importante se estiver alta demais (acima de 100) ou baixa demais (abaixo de 60) e se estiver associada a frequência respiratória alta e pressão elevada ou baixa demais.
PRESSÃO ARTERIAL	Pressão Sistólica abaixo 100 ou > 180
TEMPERATURA	
ESTADO DE CONSCIÊNCIA GLASGOW	Sonolência excessiva, confusão mental ou ausência de resposta à estímulos
GRUPO DE RISCO	Idosos, Doenças Crônicas, Obesidade, Tabagismo, Gestante.
EM USO DE OXIGÊNIO	Cateter? Máscara?
QUANTOS LITROS/MINUTO DE O2?	Importante: Concentrações acima de 5 litros/min podem lesionar vias aéreas e trazer desconforto ao paciente.
SATURAÇÃO COM O2	Ver estabilidade pós oferta de O2

IMPORTANTE: Avaliação ampla do paciente quanto a sua estabilidade ou instabilidade clínica (**vista por mais de um dos parâmetros acima**) para definir a sua remoção para uma unidade de Urgência/Emergência por meios próprios, Transporte Sanitário ou SAMU.

4. MÉTODOS COMPLEMENTARES

TESTE DIAGNÓSTICO

Os testes de detecção de ácidos nucleicos (NAAT), usualmente a RT-PCR, utilizados para a detecção em amostras do trato respiratório superior, consistem no método de escolha na abordagem diagnóstica específica inicial de indivíduos com sintomas agudos de COVID-19 ou no rastreamento de contatos que tiveram exposição significativa a um caso suspeito ou confirmado de infecção.

Em pacientes sintomáticos o teste deve ser realizado o mais precocemente possível, preferencialmente na primeira semana (D1-7) de sintomas, apresentando sensibilidade máxima nos 3 primeiros dias (Guo, 2020).

ANORMALIDADES LABORATORIAIS COMUNS EM PACIENTES COM COVID-19

Alguns exames complementares podem ser muito úteis na detecção precoce dos indivíduos que estão evoluindo para as formas mais graves da doença, podendo favorecer a intervenção médica precoce. Porém, tais exames não devem ser interpretados de forma isolada, sem levar em conta as características epidemiológicas e clínicas de cada caso.

Os marcadores prognósticos costumam se tornar mais informativos **a partir do 7º dia de doença**. Deve ser realizado para todos os pacientes do grupo C e D da estratificação de risco. Nos casos mais leves (grupo A) não há recomendação de realização de exames. Os do grupo B, que possuem fatores de risco, os exames podem ser solicitados no 6º - 7º dia de doença para avaliar alterações que direcionem alguma mudança de conduta. A necessidade e periodicidade da repetição de exames devem ser determinadas de acordo com a anamnese/exame clínico, estratificação de risco e a disponibilidade do serviço, mas costumam variar entre 24 a 48 horas de intervalo.

FENÔMENO	MARCADORES
Infecção Bacteriana	Hemograma Completo, Imagem, Exame clínico
Inflamação	Leucócitos, Linfócitos, PCR, Ferritina.
Coagulação	Plaquetas
Dano/Disfunção pulmonar	Saturação de O ₂ , TC de tórax*
Dano/Disfunção de Órgãos	TGO, TGP, Creatinina, Uréia

*TC de tórax: Usualmente a realização do exame não é indicada para pacientes ambulatoriais. Entretanto, o exame poderá ser útil para auxiliar na definição da indicação de internamento em casos moderados, visto que a presença de envolvimento superior a 50% do parênquima pulmonar caracteriza o estágio grave da doença.

Os principais achados laboratoriais associados a doenças graves ou morte incluem:

- Leucócitos totais > 10000/ μ L
- Linfopenia < 800/ μ L
- Plaquetas < 150.000/ μ L
- Creatinina > 1.5 mg/dL
- TGP > 40 U/L
- PCR > 100 mg/dl (12,5x acima do limite superior)
- Ferritina > 300 ug/L

5. TRATAMENTO CLÍNICO

Baseado na história natural da doença da infecção por coronavírus organizar-se as diferentes intervenções terapêuticas agrupadas nas seguintes categorias: terapia antiviral, antimicrobiana, imunomoduladora (anti-inflamatória), anticoagulante e suporte ventilatório, sistematizadas para cada estratificação de risco de complicação da doença (segue tabela).

	A	B	C	D
ANTIVIRAL	Não	Oseltamivir	Oseltamivir	Oseltamivir
ANTIMICROBIANO	Não	Não	Considerar	Considerar
CORTICOIDE	Não	Não	Considerar	Sim
ANTICOAGULAÇÃO	Não	Não	Considerar	Sim
O2/SUPOORTE	Não	Não	Considerar	Sim

Terapia Antiviral

SARS-CoV-2

Infelizmente, apesar de inúmeros estudos nesta área, ainda não dispomos de medicamentos antivirais efetivos contra o SARS-CoV-2. Além disso, o curso benigno observado na maioria absoluta dos indivíduos acometidos nos leva a questionar o custo benefício desta intervenção, especialmente quando as evidências científicas são tão limitadas. Por este motivo este protocolo não recomenda a utilização de medicamentos com finalidade antiviral específica, apesar da recente aprovação do Remdesivir pela Anvisa.

Influenza

O tratamento específico para influenza em indivíduos com síndrome gripal precisa ser considerado, especialmente em indivíduos com fatores de risco. Existe ainda a possibilidade de coinfeção, sendo impossível descartar a infecção por influenza mesmo naqueles indivíduos com detecção do SARS-CoV-2.

O tratamento empírico com oseltamivir deve ser considerado naqueles indivíduos que se apresentem ao serviço de saúde com menos de 48 horas do início dos sintomas, especialmente se possuírem fatores de risco para influenza grave.

Contudo, em maio de 2020, o Ministério da Saúde publicou nota técnica restringindo excepcionalmente a indicação da medicação durante o período da pandemia da COVID-19 (PARECER TÉCNICO Nº 67/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

Tal documento orienta a priorização do uso de oseltamivir nas primeiras 48 horas do início dos sintomas nas situações resumidas abaixo:

- Todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Todos os casos de Síndrome gripal (SG) envolvendo os seguintes grupos com condições ou fatores de risco (Grávidas em qualquer idade gestacional, pacientes com doença renal crônica, hepatopatia, imunossupressão e obesidade mórbida (IMC>40));
- Todos os casos de SG envolvendo adultos ≥ 60 anos, conforme avaliação da disponibilidade de tratamento ao nível de estado e município.

Terapia Antimicrobiana

A infecção bacteriana secundária é considerada uma complicação comum das infecções respiratórias de etiologia viral, devendo ser considerada especialmente nos casos mais graves. Porém, os poucos estudos disponíveis sugerem que a prevalência de superinfecção bacteriana, em casos de COVID-19, tem se mostrado bastante reduzida.

Assim, a maioria dos guias terapêuticos não tem recomendado o uso rotineiro de terapia antimicrobiana empírica em pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19.

Assim, é desaconselhado o uso profilático ou preemptivo de antimicrobianos (eg. azitromicina) em casos de baixa gravidade, sem sinais clínicos evidentes de infecção bacteriana.

Podem ser critérios para a indicação de terapia antimicrobiana o retorno da febre após período de defervescência, o surgimento de consolidação pulmonar, especialmente de forma assimétrica, o volume ou aspecto da secreção respiratória ou piora persistente dos parâmetros clínicos e laboratoriais.

Terapia imunomoduladora

No último ano vários estudos importantes têm demonstrado benefício da utilização de corticoides, que tem se mostrado associada à redução do risco de complicações e óbito. Porém, a indicação destas medicações deve ser feita cuidadosamente, identificando aquele paciente com maior probabilidade de se beneficiar e escolhendo o momento mais adequado para a sua utilização.

Assim, recomendamos a utilização de corticosteroides para indivíduos com diagnóstico confirmado de COVID-19, preferencialmente no 7º dia do início dos sintomas e direcionados para o grupo B.

Reconhecida a indicação, o uso deve ser realizado o mais prontamente possível. A droga mais recomendada é a dexametasona, que deve ser utilizada na posologia de 6 mg ao dia (VO ou EV), durante 10 dias (não há necessidade de desmame).

A medicação poderá ser substituída por outras drogas em doses equivalentes, como hidrocortisona (150 mg/d), metilprednisolona (32 mg/d) ou **prednisona (40 mg/d)**.

Doses mais elevadas podem ser necessárias, especialmente naqueles pacientes que evoluem com piora significativa dos parâmetros clínicos e laboratoriais após 24 a 48 do início das medidas terapêuticas padronizadas (Lamontagne, 2020; WHO, 2020b).

ATENÇÃO AO USO DE CORTICÓIDE – Cuidado com as seguintes alterações:

- Infecções (bacteriana, fúngica)
- Diabetes mellitus (hiperglicemia)
- Hipertensão Arterial
- Doença péptica
- Gestação/lactação

Há necessidade de monitoramento de glicemia e pressão arterial nesses pacientes.

Anticoagulação

Casos ambulatoriais – Atenção Primária

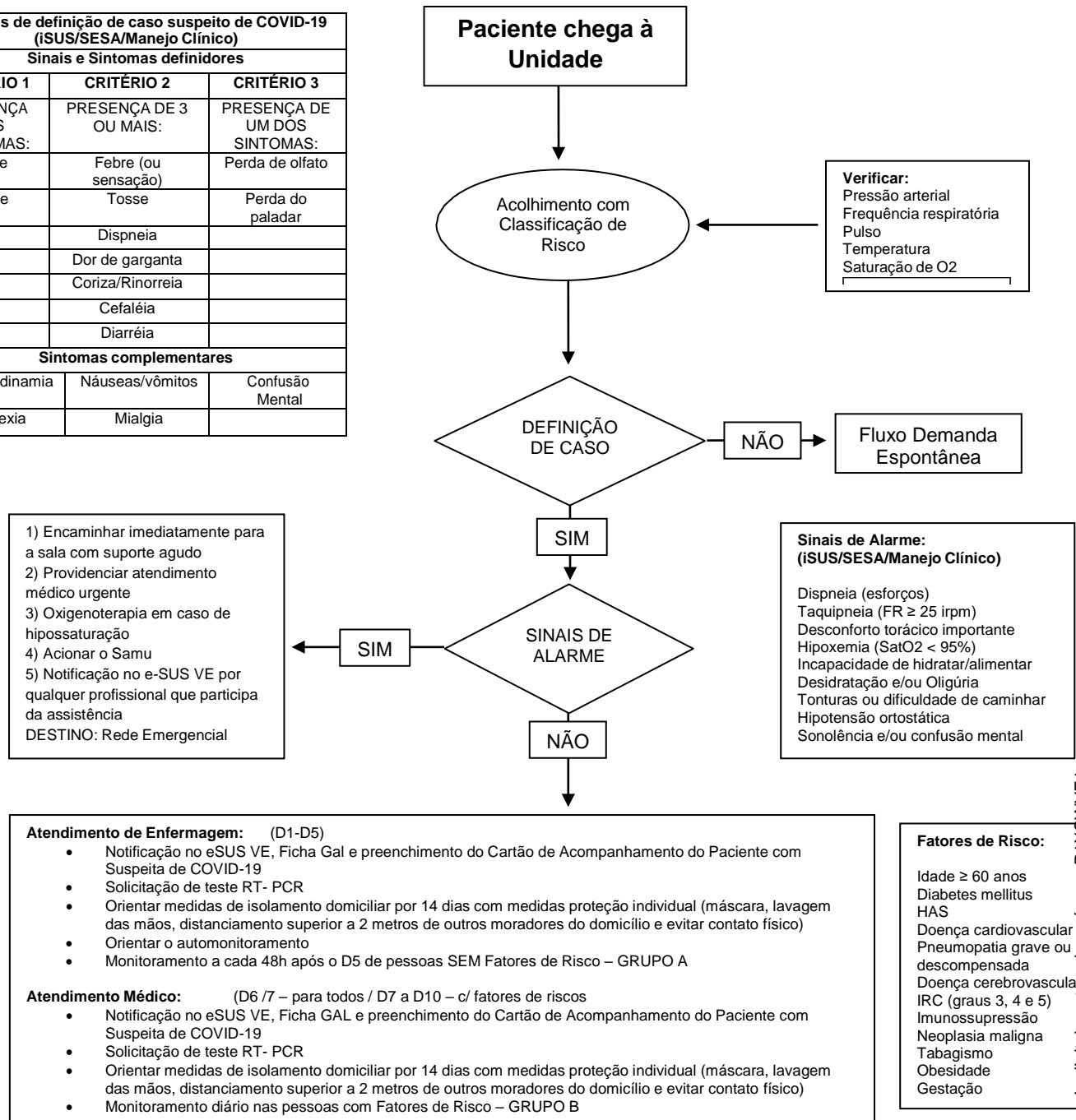
Em casos de indivíduos com quadro clínico de intensidade leve ou moderada usualmente não está indicada trombopprofilaxia.

Entretanto, seu uso poderá ser considerado em indivíduos que possuam alto risco para este tipo de complicação, como portadores de trombofilia, histórico de evento tromboembólico prévio, cirurgia ou trauma recente, imobilização ou obesidade. Em tais casos recomendamos a interconsulta com profissional experimentado em terapia anticoagulante.

ANEXO - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NAS UAPS

(Baseado em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/profissional/manejoclinico/abordagem-clinica/>)

Critérios de definição de caso suspeito de COVID-19 (iSUS/SESA/Manejo Clínico)		
Sinais e Sintomas definidores		
CRITÉRIO 1	CRITÉRIO 2	CRITÉRIO 3
PRESENÇA DOS SINTOMAS:	PRESENÇA DE 3 OU MAIS:	PRESENÇA DE UM DOS SINTOMAS:
Febre	Febre (ou sensação)	Perda de olfato
Tosse	Tosse	Perda do paladar
	Dispneia	
	Dor de garganta	
	Coriza/Rinorreia	
	Cefaléia	
	Diarréia	
Sintomas complementares		
Fadiga/Adinamia	Náuseas/vômitos	Confusão Mental
Anorexia	Mialgia	



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número P1XSWVF4. Para conferir o original, acesse o site <https://assinaja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o malote 657404 e código P1XSWVF4



BIBLIOGRAFIA

1. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2020. Manejo clínico de pacientes com COVID-19. <https://coronavirus.ceara.gov.br/profissional/manejoclinico/> (Acesso em: Fevereiro/2021)
2. Guo et al., Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19), *Clinical Infectious Diseases*, Volume 71, Issue 15, 1 August 2020, Pages 778–785, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa310>
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. PARECER TÉCNICO Nº 67/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Uso de Oseltamivir na Pandemia de COVID-19.
4. Lamontagne, *et al.* A living WHO guideline on drugs for covid-19. *BMJ*. 2020 Sep 4;370:m3379. doi: 10.1136/bmj.m3379. Update in: *BMJ*. 2020 Nov 19;371:m4475. PMID: 32887691.
5. WHO et al. Corticosteroids for COVID-19. Living Guidance. September, 2020. WHO/2019-nCoV/Corticosteroids/2020.1.
6. PARECER DE CÂMARA TÉCNICA Nº 018/2020/CTAS/COFEN - http://www.cofen.gov.br/parecer-no-018-2020-cofen-ctas_81609.html



Prefeitura de Fortaleza



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número P1XSWVF4

Para conferir o original, acesse o site <https://assineja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o malote 657404 e código P1XSWVF4

ASSINADO POR: