

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CORONAVÍRUS
COVID-19

MANUAL PARA
AVALIAÇÃO E MANEJO DE
CONDIÇÕES PÓS-COVID NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



BRASÍLIA | DF
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CORONAVÍRUS
COVID-19

MANUAL PARA
AVALIAÇÃO E MANEJO DE
CONDIÇÕES PÓS-COVID NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



BRASÍLIA | DF
2022

2022 Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTERIO DA SAUDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Edifício sede, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9044 / 9096
Site: <https://aps.saude.gov.br>
E-mail: desf@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação
em Epidemiologia
TelessaúdeRS – UFRGS
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telesauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telesauders.ufrgs.br

Supervisão-geral:

Raphael Câmara Medeiros Parente
Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenação-geral:

Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz
Karoliny Evangelista de Moraes Duque

Coordenação científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:

Ana Célia da Silva Siqueira
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi
Olivia Albuquerque Ugarte
Rodolfo Souza da Silva
Wendy Rayanne Fernandes dos Santos

Elaboração de texto:

Ana Cláudia Magnus Martins
Ana Flor Hexel Cornely

Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Felipe Bauer Pinto da Costa
Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi
João Gabriel Flôres da Rocha
Ligia Marroni Burigo
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Marcelo Ferreira Nogueira
Michelle Roxo-Gonçalves
Renata Rosa de Carvalho
Willian Roberto Menegazzo

Revisão técnica:

Alexandre Borges Fortes
Ana Karolina Barreto Berselli Marinho
Bruna Gisele de Oliveira
Fernanda Luíza Hamze
Helena Lima da Silva Neta
João Matheus Bremm
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Ludmila Macêdo Naud
Márcia Helena Leal
Pâmela Moreira Costa Diana
Priscilla Azevedo Souza
Samara Loyane Cardeal Ferreira

Consultoras Opas:

Mariana Croda
Ho Yeh Li

Revisão ortográfica :

Geise Ribeiro da Silva

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico, capa e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Manual para avaliação e manejo de condições pós-covid na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
49 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid.pdf

ISBN 978-65-5993-174-3

1. COVID-19. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Doença viral. I. Título. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CDU 614.4

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0022

Título para indexação:

Guideline for the assessment and management of post-COVID conditions in primary health care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 DEFINIÇÃO	5
3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	6
4 ISOLAMENTO E RETORNO ÀS ATIVIDADES	8
5 EXAMES COMPLEMENTARES	9
5.1 Testagem para covid-19	10
6 AVALIAÇÃO E MANEJO DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID	12
6.1 Tosse e dispneia	12
6.2 Fadiga.....	19
6.3 Dor torácica	20
6.4 Tromboembolismo.....	23
6.5 Outros sintomas cardiovasculares.....	24
6.6 Sintomas neurológicos	25
6.7 Problemas de saúde mental	25
6.8 Anosmia/alterações do olfato.....	26
6.9 Disgeusia/alterações do paladar	27
6.10 Diarreia	28
6.11 Disautonomia (hipotensão ortostática e síndrome da taquicardia ortostática postural)	31
6.12 Síndrome pós-cuidado intensivo.....	33
6.13 Alopecia	33
7 ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO	34
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A covid-19 é uma doença respiratória aguda causada pela infecção por SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Além do acometimento do sistema respiratório, pode ocasionar comprometimento multissistêmico e prolongado da doença em alguns indivíduos. Evidências apontam que uma parcela considerável dos pacientes acometidos pela doença apresenta sintomas persistentes (1,2). Apesar de estudos observacionais iniciais demonstrarem que apenas 10% dos pacientes com quadros leves a moderados de covid-19 seguem sintomáticos após a doença aguda, análises mais recentes apontaram ampla variação dessa estimativa, não sendo possível afirmar com segurança a prevalência desta condição (3,4). Entre os pacientes que necessitam de internação, especialmente em UTI, os sintomas residuais podem ser muito mais frequentes: mais de 80% reportaram ao menos 1 sintoma após 60 dias do início do quadro (5).

O conhecimento sobre a covid-19 está evoluindo continuamente e de forma rápida. Faltam dados sobre quais seriam as causas subjacentes para o desenvolvimento de condições pós-covid. A viremia persistente por resposta imune fraca ou ausência de anticorpos, reações inflamatórias, outras reações imunológicas, descondicionamento físico e fatores de saúde mental são possíveis fatores contribuintes para o desenvolvimento de sintomas persistentes. Além disso, há descrição de outros coronavírus (SARS e MERS) que também causaram sequelas respiratórias, musculoesqueléticas e neuropsiquiátricas a longo prazo, podendo haver fisiopatologia semelhante com as condições pós-covid (6). Até este momento, as informações também são limitadas sobre a real prevalência e o tratamento para os sintomas persistentes (7).

Este Manual é baseado nas evidências científicas disponíveis até então, e destina-se aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de descrever as principais condições pós-covid e o seu manejo inicial; além de auxiliar na identificação dos pacientes que necessitam de encaminhamento para serviço especializado.

2 DEFINIÇÃO

As manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes presentes após a infecção aguda por SARS-CoV-2, e não atribuídas a outras causas, são denominadas “condições pós-covid”. Na literatura, essas manifestações clínicas também podem ser descritas como covid longa, covid-19 pós-aguda, síndrome pós-covid, efeitos de longo prazo da covid, síndrome covid pós-aguda, covid crônica (8).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o uso dos códigos da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) para documentar a ocorrência de condições pós-covid, sendo que o código utilizado para esta situação é o U09.9 (condição de saúde posterior à covid-19, não especificada), que inclui: sequelas e efeitos tardios; covid-19 infecção antiga; efeito residual de covid-19; efeito tardio de covid-19; sequela de covid-19; síndrome pós-covid; e pós-covid (8,9).

3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Cerca de um terço dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2 apresenta mais de um sintoma persistente. Os sintomas mais comuns das condições pós-covid são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Manifestações clínicas mais comuns das condições pós-covid*(10)

Sintomas persistentes	Prevalência	Tempo para resolução dos sintomas
Sintomas físicos comuns		
Fadiga	15%-87%	3 meses ou mais
Dispneia	10%-71%	2 a 3 meses ou mais
Desconforto torácico	12%-44%	2 a 3 meses
Tosse	17%-34%	2 a 3 meses ou mais
Anosmia (disfunção olfativa)	10%-13%	1 mês ou mais
Sintomas físicos menos comuns		
Artralgia, mialgia, cefaleia, rinorreia, disgeusia (distúrbio gustativo), insônia, tonturas, vertigem, diarreia, alopecia, inapetência, sudorese.	<10%	desconhecido (provavelmente semanas a meses)
Sintomas neuropsiquiátricos		
Transtorno do estresse pós-traumático	7%-24%	6 semanas a 3 meses ou mais
Perda de memória	18%-21%	semanas a meses
Redução da concentração	16%	semanas a meses
Ansiedade/depressão	22%-23%	semanas a meses

*Dados referentes a um período inicial da pandemia. Informações sobre o tempo de recuperação dos pacientes e dos sintomas persistentes estão evoluindo e estes dados podem se modificar.

Como manifestações mais graves, destaca-se: fibrose pulmonar, seqüela de dano miocárdico viral com redução de função sistólica e arritmias, distúrbios tromboembólicos, *deficit* neurocognitivo e síndrome de Guillain-Barré. Do ponto

de vista dermatológico, pode surgir rash com diferentes apresentações possíveis: vesicular, maculopapular, urticariforme ou similar a eritema pérmio (6,11,12,13).

O curso de tempo para a recuperação é variável, depende de fatores de risco pré-mórbidos e da gravidade da doença. Pacientes hospitalizados, em particular os gravemente enfermos, são mais propensos a terem um curso mais prolongado do que aqueles com doença leve. Essas manifestações se sobrepõem com as da síndrome pós-UTI (em inglês post-intensive care syndrome – PICS). Os sintomas podem apresentar padrão flutuante, com dias de remissão e aparente melhora, seguido de períodos de nova piora sintomática (6,11,12,13).

4 ISOLAMENTO E RETORNO ÀS ATIVIDADES

Até o momento, não há evidências que indiquem infecção viral ativa nos pacientes com sintomas persistentes, pois a carga viral em amostras respiratórias superiores diminui consideravelmente na primeira semana após o início dos sintomas. Embora as pessoas infectadas possam produzir amostras positivas de PCR por até 12 semanas, não foi demonstrada viabilidade viral nessas amostras, indicando apenas a persistência de fragmentos virais. Na maioria dos casos, após dez dias do início da doença, a presença de vírus passível para cultura viral se aproxima de zero. Em casos graves (Srag/hospitalizados) ou gravemente imunossuprimidos, esse tempo pode ser de até 20 dias (14,15).

Os casos devem seguir a seguinte recomendação para descontinuação do isolamento, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios para suspensão do isolamento em casos suspeitos ou confirmados de covid-19 (2)

Quadro clínico	Isolamento indicado
Doença leve/moderada (Síndrome Gripal)	<ul style="list-style-type: none">- ao menos 10 dias a partir do início dos sintomas; E- 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos; E- melhora dos sintomas respiratórios.
Doença grave (síndrome respiratória aguda grave/hospitalizados) ou gravemente imunocomprometidos*	<ul style="list-style-type: none">- ao menos 20 dias a partir do início dos sintomas; E- 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos; E- melhora dos sintomas respiratórios.

*Há relatos de detecção de SARS-CoV-2 capaz de se replicar por mais de 20 dias, podendo chegar a 143 dias em alguns casos de pacientes gravemente imunossuprimidos, por exemplo, indivíduos com leucemia linfocítica crônica e hipogamaglobulinemia adquirida, linfoma e imunoquimioterapia, transplante de células tronco ou aids. Nesses casos em específico, a decisão de quando liberar do isolamento deve ser individualizada (15).

Para retorno ao trabalho, além de considerar os critérios descritos no Quadro 2, o profissional deve avaliar a intensidade dos sintomas persistentes e o tipo de trabalho exercido, pois um tempo de convalescência maior pode ser necessário.

5 EXAMES COMPLEMENTARES

Não há indicação de realização de exames complementares de forma rotineira em todos os pacientes com condições pós-covid. Os exames complementares devem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica específica após avaliação de anamnese e exame físico, já que em muitas situações podem não ser necessários (6). Essa avaliação clínica deve ser direcionada para investigar causas secundárias da persistência ou piora dos sintomas ou para excluir complicações, como embolia pulmonar ou miocardite. Alguns exames complementares úteis para esse fim são listados a seguir, e devem ser solicitados conforme suspeita clínica e disponibilidade local, porém outros exames não mencionados podem ser necessários conforme a queixa (4,6,10):

Quadro 3 – Exames complementares para avaliação de condições pós-covid, conforme situação clínica e avaliação individual (4,6,10)

Situação clínica	Exames complementares úteis
Pacientes em recuperação de doença grave, com alta após hospitalização, anormalidades laboratoriais identificadas previamente ou aqueles com sintomas persistentes inexplicáveis.	<ul style="list-style-type: none">• hemograma com plaquetas;• eletrólitos (Na/K/Ca/Mg);• função renal;• enzimas hepáticas.
Doença complicada por insuficiência cardíaca ou miocardite, ou com seus sinais e sintomas, como dispneia, desconforto torácico, edema.	<ul style="list-style-type: none">• troponinas;• hemograma;• eletrocardiograma (ECG).
Fadiga ou fraqueza inexplicada.	<ul style="list-style-type: none">• TSH;• hemograma.• glicose;• eletrólitos (Na, K, Ca, Mg);• creatinina;• enzimas hepáticas.
Artralgia, mialgia e outros sinais/sintomas compatíveis com doença reumatológica.	<ul style="list-style-type: none">• proteína C reativa;• creatinoquinase.
Recrudescência da febre.	<ul style="list-style-type: none">• hemograma;• raio-X de tórax.

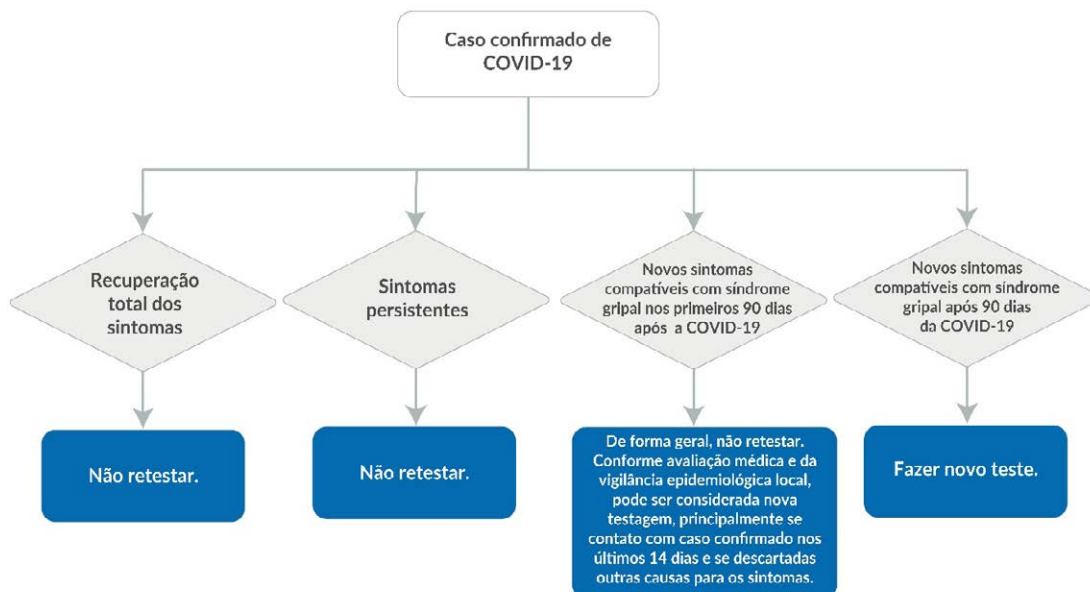
Não é recomendada a monitorização de rotina de parâmetros da coagulação (fibrinogênio, tempo de protrombina, TPPA, D-dímeros) ou de marcadores inflamatórios (proteína C reativa, VHS, ferritina, interleucina-6) em pacientes ambulatoriais ou após a alta hospitalar (10).

Outros exames complementares podem ser úteis conforme a situação clínica apresentada, como radiografia de tórax, ECG de repouso, ecocardiograma e espirometria. Veja mais no manejo específico de cada sintoma, a seguir.

5.1 Testagem para covid-19

Além disso, de forma geral, não há indicação de retestar os pacientes com sintomas persistentes com exames para avaliação de infecção ativa pelo SARS-CoV-2, como RT-PCR/RT-LAMP ou teste de antígeno, nos primeiros 90 dias após a primoinfecção, pois exames virais podem permanecer positivos por até 12 semanas após a infecção aguda e não há evidência de que este achado indique infecção ativa e transmissibilidade (15,16,17). Casos isolados que surgem com sintomas novos nos primeiros 90 dias da primoinfecção, sem outra etiologia definida, e principalmente se houve contato com caso confirmado nos últimos 14 dias, podem ser retestados conforme avaliação médica e da vigilância epidemiológica local (15). Se novos sintomas, compatíveis com síndrome gripal, surgem após os 90 dias, recomenda-se sempre nova testagem com exames de detecção viral (2). Também não há utilidade clínica de obter exames sorológicos naqueles pacientes com diagnóstico de covid-19 já confirmado por RT-PCR/RT-LAMP ou antígeno (10). A Figura 1 traz o fluxograma que resume a testagem com RT-PCR/RT-LAMP ou antígeno nestas diferentes situações.

Figura 1 – Fluxograma de testagem com exames de detecção viral de SARS-CoV-2 após os sintomas agudos da doença (2,15)



6 AVALIAÇÃO E MANEJO DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID

Após excluir complicações e até a disponibilização de estudos de longo prazo, recomenda-se manejo pragmático com ênfase em suporte abrangente, evitando investigações excessivas (18). O cuidado integral de um paciente com condições pós-covid deve abordar:

- avaliação e manejo de comorbidades descompensadas, como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), asma, cardiopatia isquêmica, entre outras;
- atenção a cuidados de saúde geral: alimentação adequada, evitar tabagismo e uso de álcool, qualidade do sono;
- aumento gradual de exercício físico, conforme tolerado;
- atenção à saúde mental: escutar com empatia, avaliar e tratar problemas de saúde mental.

Além da abordagem integral e de suporte, o manejo direcionado ao controle dos sintomas e complicações é descrito a seguir.

6.1 Tosse e dispneia

Muitos pacientes podem apresentar tosse residual ou dispneia persistente após o quadro agudo. Deve-se descartar causas subjacentes e realizar o manejo inicial. Além disso, o acompanhamento longitudinal deve ser mantido no intuito de identificar complicações que demandem encaminhamento ao serviço especializado. Faltam dados sobre as principais complicações pulmonares em longo prazo da covid-19, porém as informações de outros surtos de coronavírus e as alterações de imagem identificadas na covid-19 sugerem que doença pulmonar intersticial e doença pulmonar vascular sejam as complicações respiratórias mais relevantes que podem ocorrer. Dessa forma, é importante o acompanhamento desses pacientes (19).

Para a avaliação inicial de pacientes com sintomas respiratórios deve-se questionar se a dispneia é ao repouso ou ao esforço, presença de ortopneia e outros sinais e sintomas associados como desconforto torácico, dor pleurítica, edema periférico, palpitações, tontura, pré-síncope e síncope. No exame físico, é importante a medida de saturação de oxigênio, pressão arterial e frequência cardíaca, além da ausculta cardíaca e pulmonar (10).

Em pacientes com persistência ou piora de sintomas respiratórios, ou alterações na ausculta respiratória, está indicado radiografia de tórax, a fim de descartar complicações como infecção secundária ou derrame pleural parapneumônico (10).

Caso haja início ou piora da dispneia, associada ou não à redução da saturação de oxigênio ou à taquicardia inexplicada, deve-se considerar a possibilidade de tromboembolismo pulmonar, neste caso, faz-se necessário a realização de angiotomografia de tórax em emergência hospitalar (10,31).

Em indivíduos que tiveram alterações de exames de imagem durante o curso agudo da doença, pode ser realizado controle da imagem se sintomas ainda estiverem presentes, porém faltam dados sobre o tempo ideal de seguimento (20). É esperado que as alterações da covid-19 em exames de imagem se resolvam em 2 a 4 semanas, mas a melhora completa pode levar mais de 12 semanas. Dados mais recentes demonstram que cerca de 50% dos pacientes internados, mesmo sem doença grave, podem persistir com alterações radiológicas por seis meses ou mais. Dessa forma, é razoável aguardar no mínimo 12 semanas da infecção aguda para repetir exames radiológicos em pacientes com sintomas respiratórios persistentes, se não ocorrer nenhuma piora antes (7,10). Se linfonodo ou nódulo pulmonar for identificado no primeiro exame, o ideal é repetir em seis semanas (20). O exame a ser escolhido para controle depende dos achados prévios e preocupação em relação à concomitância de outra patologia pulmonar. De uma forma geral, a radiografia é suficiente, porém a tomografia computadorizada (TC) deve ser solicitada conforme disponibilidade e se suspeita de malignidade nos exames durante a fase aguda. Se suspeita de doença intersticial, o ideal é a escolha de tomografia computadorizada de alta resolução (Tcar) como exame de controle, se disponível. Pacientes assintomáticos e que não tem exame radiológico realizado durante o quadro agudo não necessitam exame de imagem no seguimento (10).

Ademais, provas de função pulmonar, como a espirometria, podem ser úteis em pacientes com sintomas respiratórios persistentes e progressivos, quando forem excluídas as causas previamente descritas. O tempo ideal de realização da espirometria nesses casos é desconhecido, no entanto, baseado em dados prévios de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo não covid-19, a orientação é realizar após 12 semanas da alta hospitalar ou do término do isolamento domiciliar (10,20,21).

Pacientes com dispneia ou tontura ao esforço físico, com saturação de O₂ ao repouso normal, devem realizar o teste de dessaturação ao esforço físico. A técnica desse exame consiste em medir a oximetria antes e após o paciente

realizar caminhada (cerca de 40 passos) em superfície plana, ou após fazer o teste de sentar e levantar durante 1 minuto, com supervisão. Uma queda maior que 3% na saturação é anormal e requer investigação (6).

Na reavaliação com 12 semanas, se houver sintomas respiratórios persistentes e alteração no raio-X de tórax, na espirometria ou no teste de dessaturação, deve-se considerar a realização de tomografia computadorizada de tórax, angiotomografia de tórax e ecocardiograma, conforme suspeita clínica e disponibilidade local. Além disso, pacientes que tiveram embolia pulmonar pós-covid e permanecem sintomáticos podem se beneficiar de exames adicionais, tais como ecocardiograma, angiotomografia e cintilografia, a depender da avaliação médica, para avaliar complicações do evento tromboembólico. Uma das complicações possíveis de evento tromboembólico é a hipertensão pulmonar. Como esses exames geralmente não estão disponíveis na APS, o encaminhamento para a pneumologia faz-se necessário (19,20).

O Quadro 4 resume a avaliação e a necessidade de exames complementares em pacientes com sintomas respiratórios persistentes. Os exames complementares devem ser direcionados conforme anamnese, comorbidades prévias, exame físico e sinais vitais.

Quadro 4 – Avaliação complementar de pacientes com sintomas respiratórios persistentes após a covid-19 (6,10,20,23,24)

Quadro clínico	Exames
Dispneia persistente	Hemograma, TSH, glicemia, creatinina, Na, K, Mg, Ca.
Persistência ou piora da dispneia.	RX de tórax. Se exame com alterações, considerar TC de tórax para melhor definição.
Início recente ou piora da dispneia e/ou redução da saturação e/ou taquicardia não explicada.	Angiotomografia de tórax (em emergência hospitalar).
Pacientes sintomáticos com exame de imagem alterado realizados na fase aguda.	– Presença de linfonodos ou nódulos pulmonares no primeiro exame: RX ou TC de tórax 6 semanas após quadro inicial [19]. – Presença de infiltrado sugestivo de doença intersticial no primeiro exame: preferencialmente Tcar 12 semanas após quadro inicial.

continua

conclusão

Quadro clínico	Exames
Dispneia persistente ou progressiva, se excluídas outras causas já citadas ou se comprometimento pulmonar no exame radiológico de controle.	Espirometria 12 semanas após a alta hospitalar ou do término do isolamento domiciliar (19,20).
Dispneia ou tontura ao esforço físico com saturação ao repouso normal.	Teste de dessaturação ao esforço: deve-se medir a oximetria antes e após o paciente realizar caminhada (cerca de 40 passos) em superfície plana, ou após fazer o teste de sentar e levantar durante 1 minuto, com supervisão. Uma queda maior que 3% na saturação é anormal e requer investigação (10).
Ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema em membros inferiores ou estertoração em exame físico sugestivo de congestão pulmonar.	Eletrocardiograma e raio-X de tórax. Considerar ecocardiograma conforme disponibilidade.
Sintomas persistentes após 12 semanas com alteração na radiografia*, na espirometria ou no teste de dessaturação.	TC de tórax, angiotomografia de tórax e ecocardiograma, conforme suspeita. Na indisponibilidade, encaminhar à pneumologia.
Tosse ≥3 semanas.	Baciloscopia 2 amostras (23).

*Atelectasia pode ser considerada alteração residual (19).

RX: raio-X; TC: tomografia computadorizada; Tcar: tomografia computadorizada e alta resolução.

Após descartadas complicações da covid-19, a abordagem terapêutica da dispneia persistente deve ser baseada na causa subjacente, se houver. Pneumonia em resolução, fraqueza neuromuscular, exacerbação de Dpoc ou asma, estenose traqueal pós-intubação e insuficiência cardíaca são algumas causas possíveis. Dessa forma, deve-se otimizar o tratamento da patologia associada (7). Há relatos de pacientes que tiveram quadro leve ou moderado de covid-19 que permanecem com dispneia, mesmo com função pulmonar e demais exames normais, levantando a hipótese de que o sedentarismo, pelo distanciamento social, pode ser também um fator contribuinte devido ao descondicionamento físico gerado nesses casos (25).

Na ausência de suspeita de causas secundárias ou outras complicações, a tosse e a dispneia devem ser manejadas com exercícios de controle da respiração. Sugere-se instruir o paciente a realizar esses exercícios várias vezes ao longo do dia (Quadro 5). A Figura 2, na sequência, resume a avaliação e o manejo inicial de dispneia persistente pós-covid.

Quadro 5 – Exercícios respiratórios para manejo de tosse e dispneia persistentes (6,10)

O padrão respiratório pode ser alterado depois da doença aguda, com maior uso de musculatura do pescoço e ombros e menor uso do diafragma, o que promove uma respiração mais superficial, aumentando fadiga, dispneia e gasto de energia. A técnica de exercícios respiratórios visa normalizar os padrões de respiração e aumentar a eficiência dos músculos respiratórios (incluindo o diafragma), resultando em menor gasto de energia, menos irritação das vias aéreas e redução da fadiga e da dispneia.

Como fazer: esses exercícios podem ser usados com frequência ao longo do dia, em séries de 2 a 5 minutos (ou mais, se for útil).

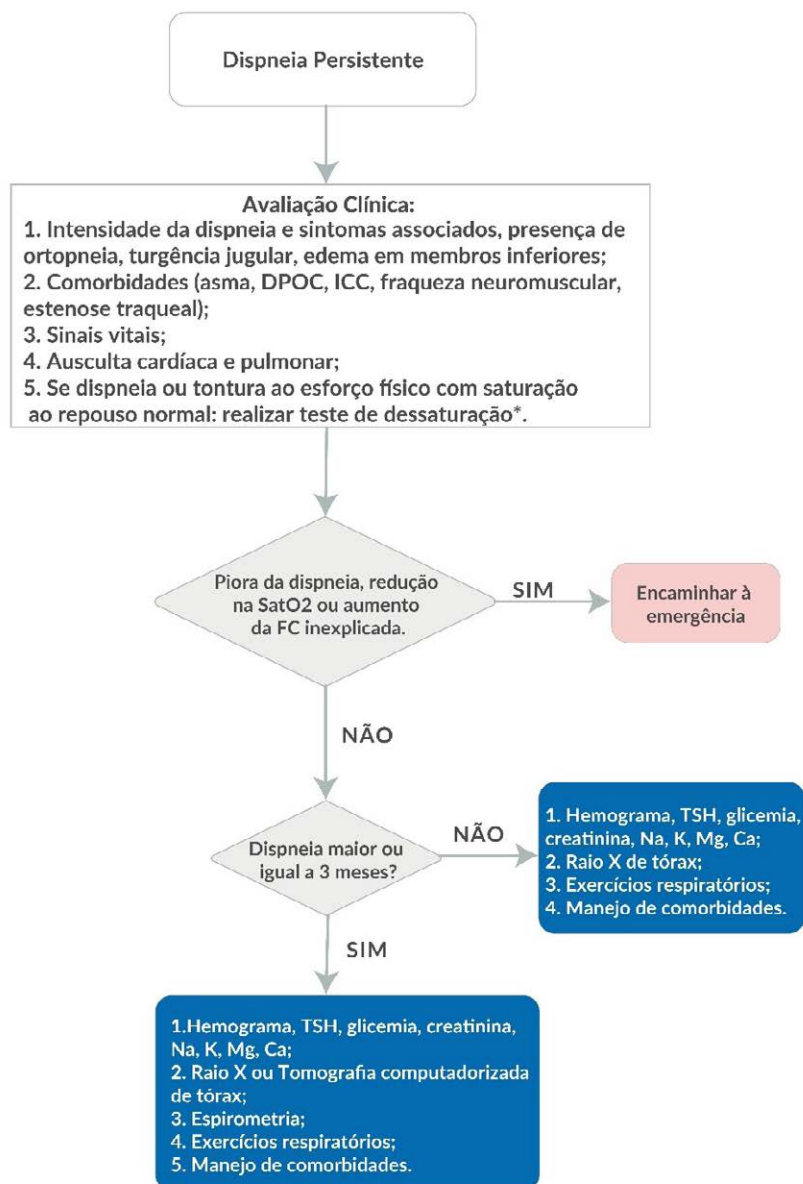
Exercícios de respiração com lábios franzidos (apertados):

1. Sentado ereto ou ligeiramente reclinado, relaxe os músculos do pescoço e ombros.
2. Com a boca fechada inspire pelo nariz por 2 segundos, como se estivesse cheirando uma flor.
3. Após, expire lentamente por 4 segundos com os lábios franzidos, como se estivesse soprando velas de aniversário.
4. Repita o ciclo por 2 minutos, várias vezes ao dia.

Exercícios de respiração profunda/diafragmática:

1. Recline-se na cama ou no sofá com um travesseiro sob a cabeça e sob os joelhos. Se não for possível reclinar-se, faça-o sentado na vertical.
2. Coloque uma das mãos na barriga e a outra no peito.
3. Inspire lentamente pelo nariz, deixe seus pulmões se encherem de ar, permitindo que sua barriga se eleve (a mão na barriga deve se mover mais que a mão do peito).
4. Expire pelo nariz e, ao expirar, sinta a barriga abaixar.
5. Repita os ciclos por 2 a 5 minutos várias vezes ao dia.

Figura 2 – Fluxograma de avaliação e manejo inicial de dispnea persistente pós-covid (6,10,20,23,24)

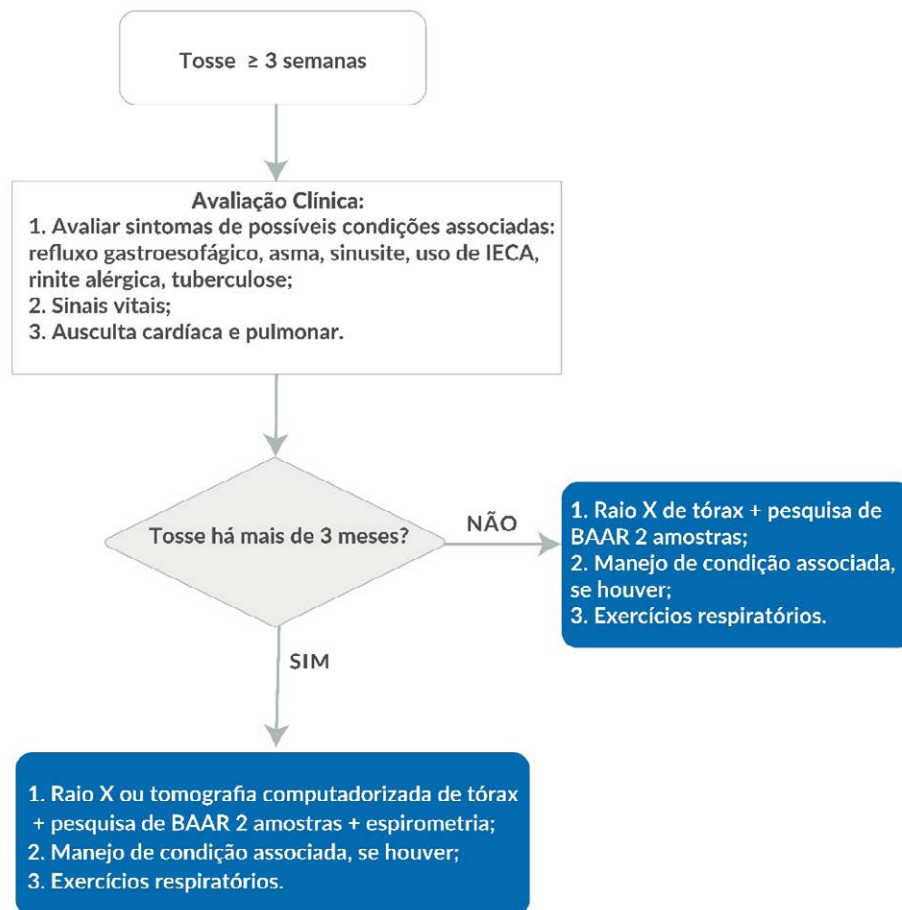


DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; SatO2: saturação de oxigênio; FC: frequência cardíaca; TEP: tromboembolismo pulmonar.

*Teste de dessaturação: deve-se medir a oximetria antes e após o paciente realizar caminhada (cerca de 40 passos) em superfície plana, ou após fazer o teste de sentar e levantar durante 1 minuto, com supervisão. Uma queda maior que 3% na saturação é anormal e requer investigação.

O manejo da tosse após infecções virais é, na maioria das vezes, expectante, pois grande parte dos casos tem resolução espontânea em até três meses. Sugere-se avaliar e manejar as demais condições que podem exacerbar ou contribuir para o sintoma, como doença do refluxo gastroesofágico, asma, sinusite bacteriana, tuberculose e rinite alérgica. Há descrição na literatura de possível benefício do uso de corticoide inalatório no tratamento da tosse pós-viral persistente, com evidências limitadas. Não há evidências claras sobre o benefício do uso de ipratrópio, corticosteroides orais e codeína, apesar de serem medicações frequentemente usadas como opção terapêutica para tosse intratável [10,26,27]. A Figura 3 resume a avaliação e o manejo inicial de tosse persistente após o quadro agudo da covid-19.

Figura 3 – Fluxograma de avaliação e manejo inicial de tosse persistente pós-covid (6,10,20,23,24)



IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina; BAAR: bacilo álcool ácido resistente.

A maioria dos pacientes com covid-19 leve a moderada, que não necessitou de internação hospitalar, não requer encaminhamento para reabilitação ou para atenção especializada. Estes costumam apresentar melhora lenta e gradual ao longo de quatro a seis semanas de exercícios aeróbicos leves, como caminhadas, com aumento gradual em intensidade conforme tolerância, além dos exercícios respiratórios citados no Quadro 5 (6). Os demais pacientes que apresentaram comprometimento pulmonar grave, fibrose pulmonar ou ventilação mecânica prolongada têm indicação de reabilitação respiratória específica (28).

6.2 Fadiga

A fadiga prolongada após casos de covid-19 guarda alguma semelhança com a síndrome da fadiga crônica, descrita após outras infecções agudas como SARS e MERS (6). Nesses casos de fadiga persistente, é importante avaliar se sintomas são decorrentes de fraqueza ou atrofia muscular, descondição físico, distúrbios do sono e do humor, dor, sintomas cardiopulmonares ou uso de medicamentos (anti-histamínicos, anticolinérgicos, ansiolíticos). A solicitação de hemograma e TSH pode ser útil para descartar causas subjacentes que necessitem de tratamento específico. Função hepática, função renal, eletrólitos e glicemia também podem ser solicitados. Após a exclusão dessas causas, o manejo é conservador e, até o momento, não há dados sobre a eficácia de medidas farmacológicas ou não farmacológicas para tratamento de fadiga prolongada após infecção por covid-19. Como recomendação geral de tratamento, é indicado retomar atividades físicas de forma lenta, gradual, e conforme tolerância, não sendo descrito um tempo ideal para este retorno. Ademais, orienta-se descanso adequado e higiene do sono. Outro método útil é realizar planejamento e priorização das atividades, além de manter uma rotina preestabelecida (10). Deve-se suspender as atividades físicas caso o paciente volte a apresentar febre, dispneia, fadiga importante ou mialgias (28,29). O Quadro 6 resume a avaliação e o manejo de pacientes com fadiga pós-covid.

Quadro 6 – Avaliação e manejo de pacientes com fadiga pós-covid (10)

Fadiga pós-covid	
Avaliação clínica	Verificar presença de fatores contribuintes: <ul style="list-style-type: none">- atrofia ou fraqueza muscular;- presença de dor;- descondicionamento físico;- sintomas cardiopulmonares;- distúrbios do sono ou do humor;- uso de medicamentos;- outros sinais e sintomas de hipotireoidismo ou anemia.
Exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma, TSH, glicose, Na, K, Ca, Mg, creatinina, função hepática.
Manejo	<ul style="list-style-type: none">- Manejar possíveis condições associadas.- Hidratação, alimentação saudável, descanso adequado e higiene do sono.- Retorno progressivo às atividades habituais, conforme a tolerância.- Planejar e priorizar as atividades.

6.3 Dor torácica

A prioridade na abordagem de dor torácica pós-covid deve ser inicialmente diferenciar condições cardíacas potencialmente graves de dor musculoesquelética ou inespecífica (sintomas comuns em casos pós-infecção). O manejo da dor torácica é similar à de pacientes que não tiveram covid-19, e baseia-se na história sobre tempo de início, características da dor (incluindo irradiação, fatores de melhora e de piora) e exame físico, com destaque para ausculta cardíaca e respiratória e aferição de sinais vitais além da palpação da musculatura torácica. Conforme suspeita clínica, exames complementares podem ser solicitados. Caso haja suspeita de evento cardiopulmonar agudo grave (embolia pulmonar, infarto, dissecção de aorta, miocardite, entre outros) ou o paciente apresente piora significativa do estado clínico geral, está indicada avaliação em serviço de emergência (6,10). Os principais diagnósticos diferenciais serão descritos no Quadro 7.

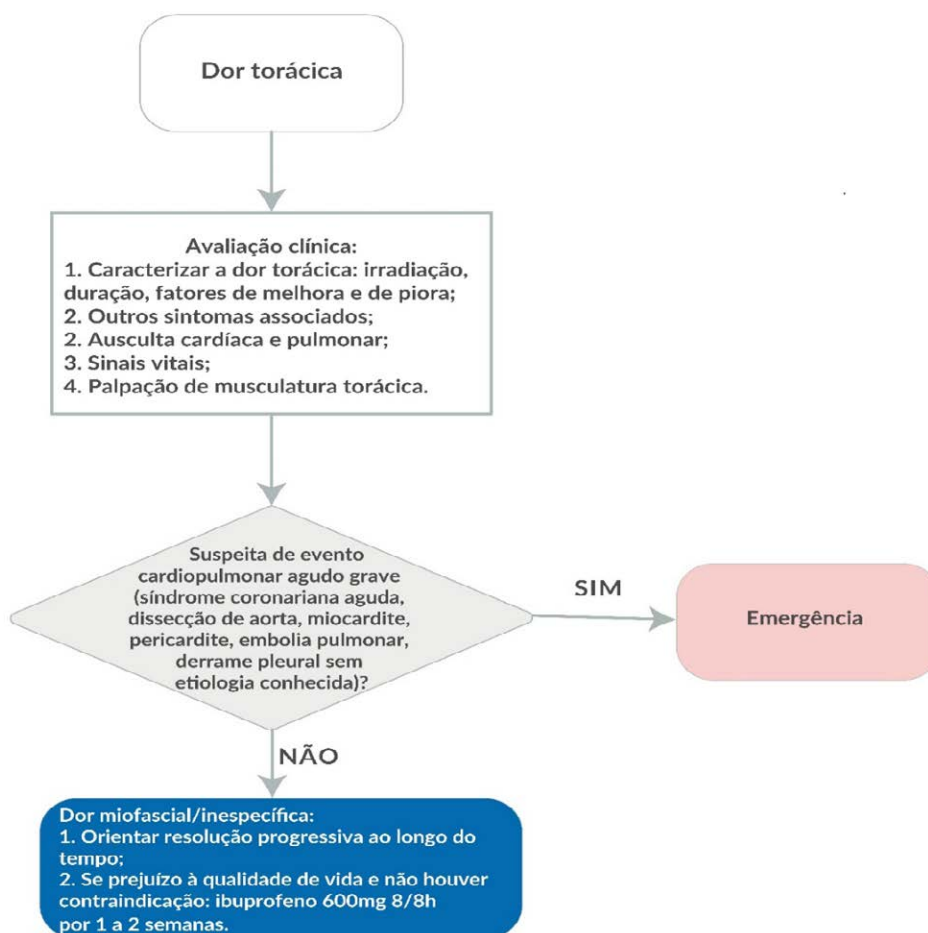
Quadro 7 – Principais diagnósticos diferenciais de dor torácica (30)

Causas de dor torácica	Quadro clínico
Síndrome coronariana aguda	Dor retroesternal com ou sem irradiação (mandíbula, membro superior), ao repouso, ou de início recente ou com progressiva (ocorrendo com menos esforço que o usual).
Dissecção de aorta	Dor intensa e aguda em região retroesternal podendo irradiar ou ser correspondente no dorso torácico e até no abdome. Diferença de pressão arterial entre os membros superiores também pode estar presente.
Pericardite	Dor retroesternal aguda, pleurítica, que pode irradiar para o trapézio e que alivia ao se inclinar para a frente.
Miocardite	Apresentação clínica variável, pode ser semelhante à síndrome coronariana aguda ou à pericardite. Desconforto leve, palpitações, insuficiência cardíaca agudamente descompensada e arritmias também são quadros clínicos possíveis.
Embolia/infarto pulmonar	Dor torácica aguda que pode piorar à inspiração associada à dispneia e/ou à taquicardia e/ou à redução da saturação de O ₂ . Pode ou não ter sinais de trombose venosa profunda em membro inferior (edema/dor). Imobilização recente, neoplasia e história prévia de tromboembolismo são fatores de risco, além da covid-19.
Derrame pleural	Dor que piora à inspiração profunda. Ausculta pulmonar com abolição ou redução de murmúrios vesiculares de forma localizada.
Dor musculoesquelética ou miofascial	Dor que piora com a movimentação e é reprodutível à palpação. Pode piorar à inspiração profunda devido à distensão do músculo que o movimento provoca.

A dor torácica de origem musculoesquelética ou a dor torácica inespecífica, que ocorrem em pacientes pós-covid, quando descartada doença aguda, geralmente se resolve lentamente.

O tratamento com anti-inflamatórios não esteroides (Aine) é recomendado para sintomas persistentes e muito desconfortáveis, que atrapalham a qualidade de vida. Desde que não haja insuficiência renal associada ou outras contraindicações, o uso de Aine, como ibuprofeno 600 mg, por via oral, de 8h/8h por 1 ou 2 semanas pode ser usado (10). A Figura 4 apresenta o fluxograma que resume a avaliação e o manejo de dor torácica em pacientes pós-covid.

Figura 4 – Fluxograma de avaliação e manejo de dor torácica pós-covid (6,10,30)



6.4 Tromboembolismo

Ainda não há dados a respeito do tempo que pacientes permanecem em estado de hipercoagulabilidade após um quadro agudo de covid-19. As complicações tromboembólicas podem ocorrer semanas após o acometimento agudo por covid-19 e são mais comuns em pessoas com outras comorbidades, mas também são possíveis em pessoas híginas (7).

Deve-se suspeitar de embolia pulmonar em pacientes com dispneia de início recente ou que teve piora e/ou taquicardia e/ou redução da saturação de O₂ (31) Os sinais de trombose venosa profunda em membro inferior são, geralmente, edema unilateral, dor e empastamento da panturrilha, porém nem sempre todos esses sinais estão presentes. Imobilização recente, neoplasia e história prévia de tromboembolismo são fatores de risco, além da covid-19 (32).

Caso haja suspeita clínica de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar, o caso poderá ser encaminhado para avaliação em serviço de emergência. O tratamento é semelhante a pacientes com tromboembolismo sem covid-19, com anticoagulação terapêutica por no mínimo três meses (10,33).

Em relação à anticoagulação profilática após a alta hospitalar, não há indicação de profilaxia de rotina (7,21). Em casos selecionados de pacientes com baixo risco de sangramento e alto risco de tromboembolismo venoso (TEV), como história de prévia de TEV, imobilidade, trombofilia, cirurgia importante ou trauma nos últimos três meses, a profilaxia antitrombótica pode ser estendida após a alta hospitalar por até 40 dias, levando-se em conta o delicado balanço entre risco de sangramento e evento trombótico (7,34). Essa conduta deve se basear em avaliação clínica individual, considerando risco de sangramento, presença ou não de mobilidade reduzida e disponibilidade da medicação (34). Estas recomendações poderão ser atualizadas conforme novos dados surgirem.

Exames de coagulação como D-dímeros e fibrinogênio têm utilidade prognóstica em casos que necessitam de hospitalização por covid-19 aguda, e podem estar aumentados mesmo na ausência de complicações tromboembólicas. Embora níveis significativamente elevados estejam mais relacionados à ocorrência de evento tromboembólico que níveis modestamente elevados, ainda não há um limite definido que deva desencadear a investigação de tromboembolismo de maneira isolada. É recomendado levar em conta a presença de sinais e sintomas sugestivos de evento tromboembólico e manter um baixo limiar de suspeição

para esse evento (10,19,34). Também não há papel claro da utilidade da medida do D-dímero de rotina em pacientes após a alta nem no acompanhamento para definir início ou duração de anticoagulação em pacientes pós-covid. Dessa forma, até o resultado definitivo dos estudos em andamento, esse exame não deve ser solicitado nessas situações (19).

6.5 Outros sintomas cardiovasculares

As possíveis complicações cardiovasculares devido à covid-19 são: arritmias ou palpitações (18,4%), dano miocárdico (10,3%), angina (10,2%), infarto agudo do miocárdio (3,5%) e insuficiência cardíaca aguda (2%). Casos de miocardite fulminante, cor pulmonale, síndrome de takotsubo e pericardite também foram relatados (33).

O possível desenvolvimento de arritmias deve ser avaliado diante de achados clínicos sugestivos, como palpitações, fraqueza, tonturas, dispneia, pré-síncope ou síncope, ou, ainda, ritmo irregular na ausculta cardíaca (33,35). Esses sintomas podem ser desencadeados por exercício, estresse emocional ou uso de álcool (35). Diante da suspeita deve ser realizado um ECG. As arritmias descritas em literatura são: fibrilação atrial, flutter, taquicardia sinusal, bradicardia sinusal, prolongamento de QT (frequentemente induzido por medicamentos), que pode evoluir para torsades de pointes e morte cardíaca súbita (36).

Pacientes com sintomas e sinais sugestivos de dano miocárdico agudo devem ser encaminhados à emergência para a realização de ECG e troponina (33). Além disso, devido à possibilidade de miocardite pós-viral ou inflamatória após quadro agudo de covid-19, está indicada também avaliação com ecocardiograma transtorácico para pacientes com histórico de miocardite, lesão miocárdica ou dispneia associada a demais sintomas sugestivos de doença cardíaca subjacente (10,37). Sintomas de disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca pós-covid podem ser manejados de acordo com protocolos e diretrizes usuais (6,38).

Exercícios cardiovasculares intensos devem ser evitados por três meses em todos os pacientes que apresentaram miocardite ou pericardite. Atletas devem ser orientados a suspender totalmente treinamento cardiovascular por seis meses seguidos de retorno gradual às suas atividades, com acompanhamento especializado adequado, conforme avaliação funcional, marcadores de lesão miocárdica, ausência de arritmias e evidência de função ventricular esquerda preservada (6,38).

6.6 Sintomas neurológicos

Queixas inespecíficas como cefaleia, tontura, sensações vagas de raciocínio lentificado ou leve obnubilação são sintomas comumente observados em pacientes após quadros agudos de covid-19 (39). Acidentes vasculares isquêmicos ou hemorrágicos, convulsões, encefalite, encefalomielite, hemorragia intracerebral, trombose de seio venoso cerebral, síndrome da encefalopatia posterior reversível, síndrome de Guillain-Barré, demência, síndromes parksonianas, lesões desmielinizantes periféricas, miopatia, miastenia gravis e outras neuropatias foram descritas, porém são raras (33,40,41). Pacientes com cefaleia intensa, delirium, agitação, sonolência, convulsões, fraqueza muscular ascendente, sinais neurológicos focais como alteração aguda na visão, perda de força ou parestesia devem ser submetidos a exame físico neurológico e conforme avaliação devem ser encaminhados à emergência para identificação de complicações potencialmente graves. Demais casos devem ser conduzidos conforme a clínica, e a investigação e o manejo não diferem de pacientes com essas condições por outras causas que não a covid-19 (10,41,42).

6.7 Problemas de saúde mental

A covid-19 está associada a um aumento na incidência de problemas de saúde mental, inclusive em pacientes sem história psiquiátrica prévia, quando comparada a outras infecções respiratórias e intercorrências clínicas (43). Entre os sintomas possíveis foram identificados *deficit* de atenção, insônia, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, síndrome demencial, sintomas psicóticos e ideação suicida (43,44,45). Essas alterações ocorreram de forma independente das manifestações pulmonares e, em até 70% dos casos, persistiram por vários meses após os sintomas respiratórios agudos (45).

Um estudo com mais de 230 mil pacientes indicou uma taxa de incidência de transtornos neuropsiquiátricos de 33,6% no período de seis meses após diagnóstico de covid-19. Os transtornos de ansiedade e do humor, a insônia e as psicoses foram as manifestações mais encontradas. A incidência foi de 46,4% entre os pacientes com covid-19 que necessitaram de internação em UTI e aqueles que apresentaram quadro confusional ou delirium na fase aguda da infecção (46). Entre os pacientes com formas graves de covid-19 que foram hospitalizados também houve incidência maior de transtorno de estresse pós-traumático (47).

Recomenda-se acompanhamento dos pacientes que tiveram covid-19 e seus familiares, dos trabalhadores da área da saúde e pessoas com condições mentais preexistentes para monitorar o surgimento de sintomas depressivos e

ideação suicida, sintomas de ansiedade, revivências de lembranças traumáticas relacionadas à covid-19, alterações do sono, entre outras possíveis alterações psiquiátricas. O manejo deve ser individualizado e conforme a gravidade do caso. Psicoeducação, orientação e escuta empática podem ser oferecidos para pacientes com quadros leves. Nos quadros moderados e graves, os tratamentos farmacológico e psicoterápico deverão ser indicados de acordo com o diagnóstico, conforme as recomendações de tratamento para a população em geral (47).

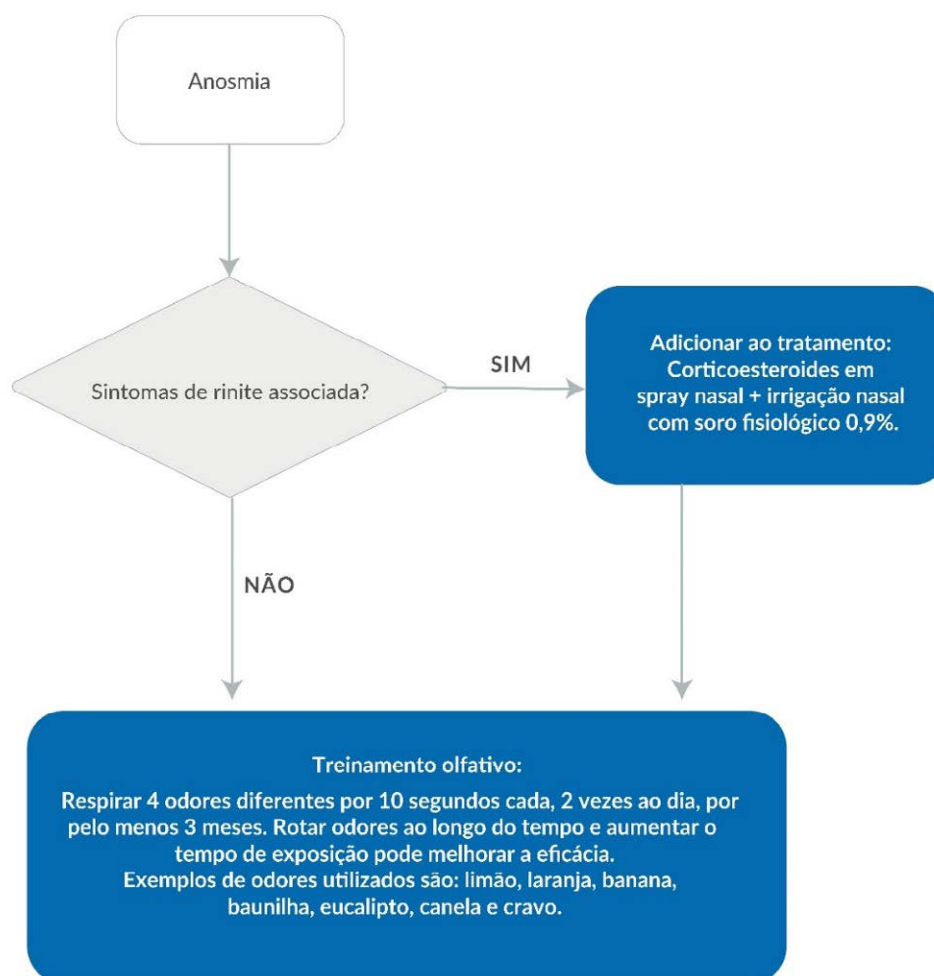
Devido à amplitude do tema, materiais específicos podem ser consultados a fim de avaliação e manejo de pacientes com desordens de saúde mental que procuram a APS. Para acessar sugestões de materiais clique em cada condição a seguir: [avaliação e manejo de risco de suicídio](#), [ansiedade](#), [depressão](#) e [insônia](#).

6.8 Anosmia/alterações do olfato

Anosmia, hiposmia ou parosmia parecem ser mais frequentes na covid-19 do que em relação a outras infecções virais e costumam ter instalação abrupta. Estudos de coorte demonstraram que a maioria dos pacientes se recupera após 14 dias do início dos sintomas sem nenhum tratamento específico (48). Para os casos com anosmia persistente, até o momento não existem tratamentos farmacológicos com eficácia comprovada. Considerando a experiência em outros casos de anosmia pós-viral, uma possibilidade de tratamento é o treinamento olfativo: exposição repetida a odores para estimular a regeneração dos neurônios olfatórios. O paciente deve respirar 4 odores diferentes por 10 segundos cada, 2 vezes ao dia, por pelo menos 3 meses. Rotar odores ao longo do tempo e aumentar o tempo de exposição pode melhorar a eficácia. Exemplos de odores utilizados são: limão, laranja, banana, baunilha, eucalipto, canela e cravo. As terapias farmacológicas como uso de corticoesteroides spray nasal ou irrigação com solução salina estão indicadas para casos com outras doenças nasais concomitantes, como rinosinusite (49,50).

A Figura 5 apresenta o fluxograma do resumo do manejo de anosmia em pacientes pós-covid.

Figura 5 – Fluxograma para manejo de anosmia pós-covid (49,50)



6.9 Disgeusia/alterações do paladar

Assim como a anosmia, a disgeusia tem sido relatada com frequência após a infecção por SARS-CoV-2 (51,52,53,54). O tempo de permanência desse sintoma ainda é incerto, mas dados baseados em observações clínicas relatam desaparecimento entre 8 a 60 dias na média, mas períodos maiores são possíveis (55,56). Quanto à etiopatogenia da disgeusia, estudos apontam o fato de o

coronavírus ter a capacidade de invasão do bulbo olfatório, causando anosmia e disgeusia (57,58). Também se relaciona às altas concentrações de SARS-CoV-2 encontradas nas glândulas salivares (59,60).

Em casos de sintomas persistentes, sugere-se investigar outras possíveis causas para disgeusia como medicamentos em uso, deficiência de zinco, diabetes *mellitus*, doença do refluxo gastroesofágico, doença cardíaca, candidíase, Alzheimer, asma, doenças hepáticas e renais, hipotireoidismo, doença de Parkinson e depressão (49,61,62,63).

Nenhum tratamento farmacológico eficaz está disponível para a disgeusia causada pela covid-19 ou outras infecções virais [49,64]. Porém, são bem descritas opções terapêuticas para disgeusia quando associadas a outras condições, como síndrome da ardência bucal. Nestes casos, indica-se clonazepam 0,5 a 1 mg à noite, amitriptilina ou anestésicos tópicos, como lidocaína gel (49). Devido à falta de evidências para o manejo da disgeusia em pacientes pós-covid, é importante a avaliação do profissional médico, em decisão compartilhada com o paciente, sobre o uso dessas medicações, podendo ser indicadas em casos persistentes, graves e com prejuízo à qualidade de vida.

6.10 Diarreia

Na vigência de diarreia crônica (>4 semanas), deve-se proceder à avaliação inicial com anamnese, exame físico e pesquisa de sinais de alarme, podendo complementar a investigação com hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV, exame parasitológico de fezes (EPF), coprocultura, leucócitos fecais e pesquisa de sangue oculto nas fezes (65,66). Considerar, também, fatores de risco para infecção por *Clostridium difficile*, como uso de antibiótico recente, em regime ambulatorial ou hospitalar. Os antibióticos frequentemente associados a essa condição são fluorquinolonas, penicilinas de amplo espectro (incluindo amoxicilina com clavulanato), cefalosporinas de segunda, terceira e quarta gerações e carbapenêmicos. Macrolídeos como azitromicina, penicilinas, cefalosporinas de primeira geração e sulfametoxazol e trimetropima apenas ocasionalmente estão associados a essa condição. Se houver suspeita de infecção por *Clostridium* (diarreia aguda clinicamente significativa caracterizada por no mínimo três evacuações amolecidas ao dia associado a uso recente de antibiótico, hospitalização ou idade avançada e sem outra causa mais provável), orienta-se a pesquisa de toxina do *Clostridium difficile* nas fezes, quando disponível. O tratamento empírico com metronidazol 500 mg, de 8h/8h por 10 dias, pode ser iniciado em casos com alta suspeição desta condição, principalmente em casos severos. Se sinais de alarme

como hipotensão, taquicardia, febre, distensão abdominal importante e redução dos ruídos hidroaéreos, há indicação de avaliação hospitalar (67,68).

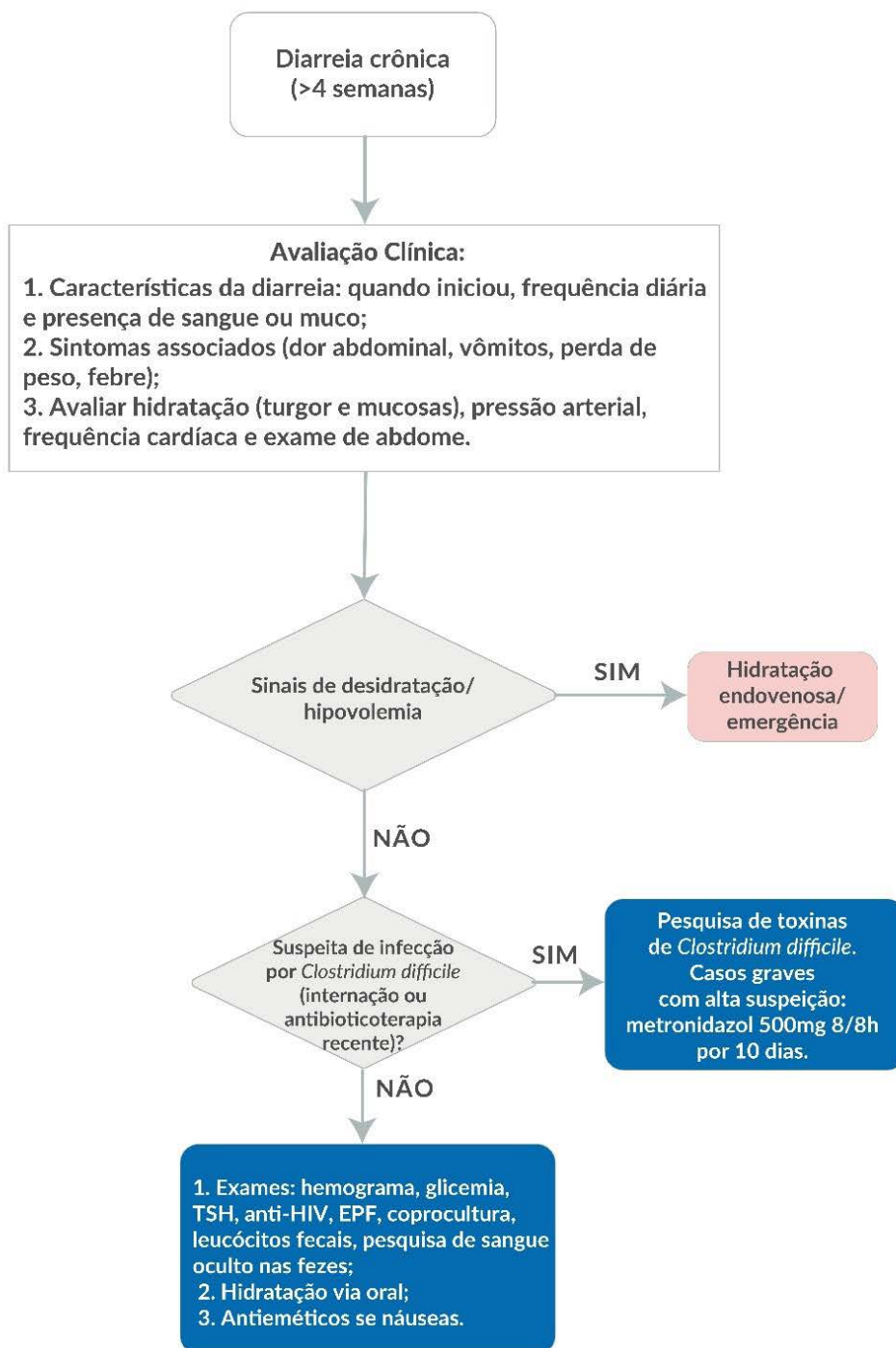
Tanto a síndrome do intestino irritável quanto síndrome da má absorção intestinal podem ocorrer após quadros infecciosos (65,66). As causas possíveis de diarreia persistente são descritas no Quadro 8.

O manejo adequado da diarreia consiste em tratar causa subjacente, se houver, hidratação e uso de antieméticos se náuseas associadas. O tratamento visa reduzir complicações como desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e isquemia colônica relacionada à depleção de volume (69). Na sequência, a Figura 6 traz o fluxograma que resume avaliação e manejo inicial de casos de diarreia persistente após o quadro agudo de covid-19.

Quadro 8 – Principais causas de diarreia crônica e suas características clínicas (66)

Causas	Características clínicas
Parasitoses/ infecções	Variáveis conforme o parasita. Moradores de áreas endêmicas são mais suscetíveis. Eosinofilia pode estar presente. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação. Pode ser realizado o tratamento empírico diante da suspeita.
Infecção por <i>Clostridium difficile</i>	Diarreia aguda clinicamente significativa caracterizada por, no mínimo, 3 evacuações amolecidas ao dia com histórico de uso recente de antibioticoterapia ou internação.
Doença inflamatória intestinal	Emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS ou proteína C reativa).
Síndrome do intestino irritável	Dor abdominal recorrente, associada às evacuações e à mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme. Exames usualmente normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).
Síndrome da má absorção	Emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (por exemplo: ferro, vitamina D, vitamina B12). A intolerância transitória à lactose é a manifestação mais comum após infecções, mas os sintomas podem incluir intolerância a outros tipos de alimentos. A diarreia pode persistir por meses.

Figura 6 – Fluxograma de avaliação e manejo inicial de diarreia pós-covid (66)



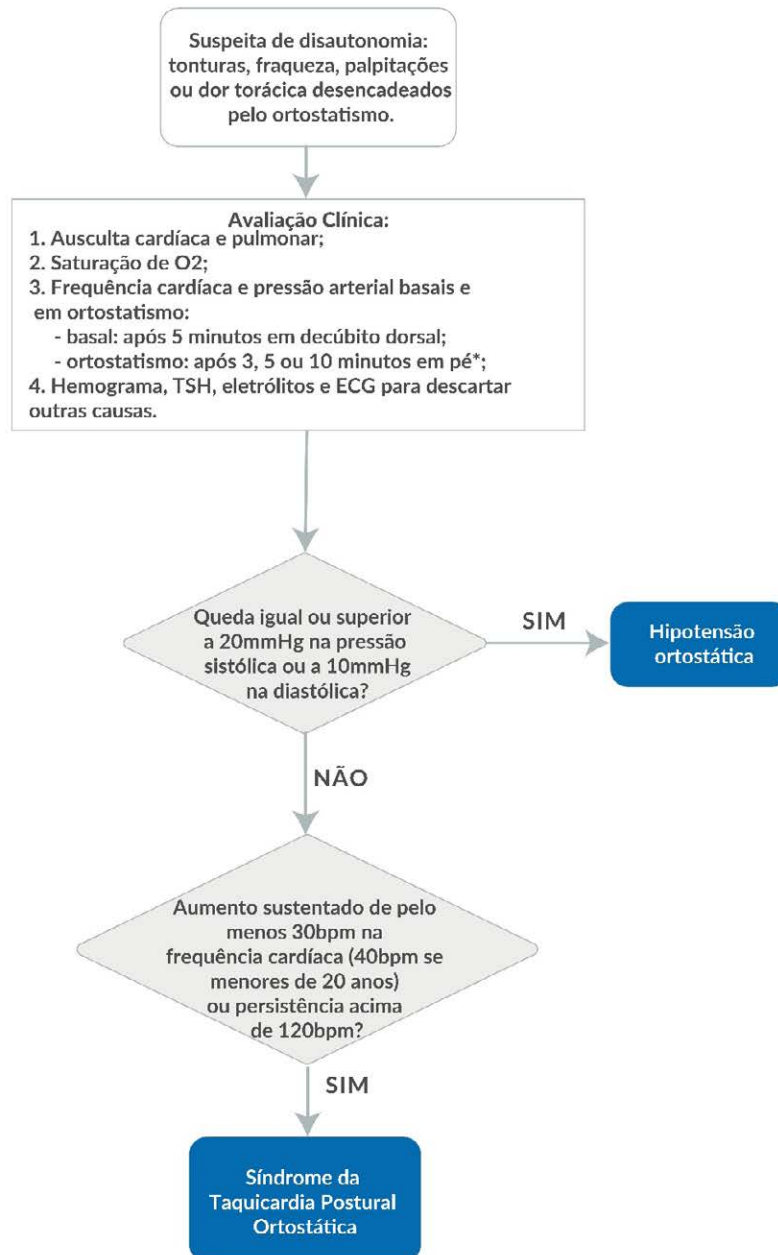
6.11 Disautonomia (hipotensão ortostática e síndrome da taquicardia ortostática postural)

A hipotensão ortostática deve ser suspeitada em pacientes com queixas de tontura, visão turva ou fraqueza segundos após sentar ou ficar em pé. Na avaliação, deve-se medir a pressão arterial após 5 minutos de repouso em decúbito dorsal e após 3 minutos na posição sentada ou em pé. A queda igual ou superior a 20 mmHg de sistólica ou a 10 mmHg de diastólica configura hipotensão ortostática (70). Pacientes com essa condição devem ser manejados de maneira conservadora com hidratação, meias elásticas de compressão se não houver doença arterial periférica associada, fisioterapia e medidas comportamentais como, evitar mudanças bruscas de posição (10).

Outra disfunção autonômica possível em pacientes pós-covid é a síndrome da taquicardia postural ortostática (STPO), definida como o aumento sustentado de pelo menos 30 bpm da frequência cardíaca (40 bpm em menores de 20 anos) ou acima de 120 bpm após 10 minutos de ortostatismo na ausência de hipotensão ortostática, podendo estar associado a: desconforto torácico, náuseas, tonturas, palpitações, cefaleia, intolerância ao exercício, fadiga e astenia. O diagnóstico é clínico principalmente e realizado com a aferição da frequência cardíaca e a pressão arterial após pelo menos 5 minutos de repouso em decúbito dorsal e novamente após 1 minuto em pé. Se os valores iniciais não forem diagnósticos, repetir a medição dos sinais vitais em 3, 5 ou 10 minutos. Nos primeiros 20 segundos em pé é esperado em pessoas saudáveis um aumento transitório da frequência cardíaca. Na STPO, o aumento da frequência cardíaca ocorre em 30 a 60 segundos e pode aumentar gradualmente durante o ortostatismo. Exames como hemograma, eletrólitos, TSH e eletrocardiograma podem ser úteis para excluir outras causas de sintomas de intolerância ortostática. O manejo inicial deve ser realizado com ingesta hidrossalina adequada, tratamento de comorbidades associadas (anemia, tireoidopatias, doenças neurológicas), suspensão de fármacos que possam contribuir com os sintomas (tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, diuréticos e outros anti-hipertensivos, simpaticomiméticos e anticolinérgicos), manobras de contrapressão (cruzar as pernas e aumentar a força muscular nos membros inferiores, glúteos e abdome), manobras isométricas com os membros superiores (puxar uma mão contra a outra), terapia compressiva de membros inferiores e retomada de exercícios conforme tolerância (71).

A Figura 7 traz o fluxograma sobre a avaliação inicial de indivíduos com suspeita de disautonomia.

Figura 7 – Fluxograma para avaliação de pacientes com sintomas de disautonomia (10,70,71)



*Se os valores iniciais forem diagnósticos não é necessário repetir com 5 e 10 minutos.

6.12 Síndrome pós-cuidado intensivo

Pacientes que passam por cuidados em terapia intensiva podem experimentar uma ampla gama de complicações secundárias aos procedimentos de ventilação mecânica, sedação, bloqueio neuromuscular e imobilização prolongada. Essas complicações são semelhantes às que acometem indivíduos com internação prolongada em UTI por outras indicações. As manifestações clínicas estão presentes em maior ou menor grau, e incluem descondicionamento físico e respiratório, perda de massa muscular, desnutrição, problemas de deglutição, polineuropatia, lesões de decúbito, *deficits* cognitivos e condições psiquiátricas. Pacientes idosos e com doenças crônicas, independentemente da idade, têm maior risco de desenvolver essas complicações (72). O tratamento deve ser focado na reabilitação e na recuperação da funcionalidade prévia, que frequentemente não é atingida. Deve-se avaliar os *deficits* presentes e encaminhar para reabilitação com equipe multidisciplinar (fisioterapia motora ou respiratória, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional) conforme o *deficit* apresentado (3,12).

6.13 Alopecia

Outra condição relatada em cerca de 20% dos pacientes com condições pós-covid é a alopecia. Esta provavelmente pode ser atribuída ao eflúvio telógeno resultado da infecção viral ou da resposta ao estresse. A avaliação e o manejo não diferem de outras causas de alopecia (10,41).

Na maioria dos casos, a alopecia cessa espontaneamente após três a seis meses do seu início (73,74,75,76). O manejo consiste na tranquilização e na educação do paciente em relação ao caráter autolimitado do quadro e no início de repilação espontânea após seis meses. A recuperação completa da quantidade e da espessura dos fios pode demorar até 18 meses (75). Em pacientes com alopecia desproporcional à gravidade do quadro, apresentações com duração maior que seis meses ou presença de achados no exame físico que sugiram outras etiologias é necessário afastar outras causas de eflúvio telógeno, como: estresse emocional importante, perda rápida de peso, deficiências nutricionais (principalmente anemia), tireoidopatias e uso de medicamentos. Em alguns casos pode ser necessário solicitação de exames laboratoriais como hemograma, TSH e ferritina (76,77,78).

7 ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO

A avaliação e o manejo inicial de pessoas com condições pós-covid devem ser realizados na APS, e a maioria dos pacientes se recupera por meio da abordagem integral e abrangente do caso, com ênfase no cuidado longitudinal. Entretanto, a integração com serviços multidisciplinares, de reabilitação ou atenção especializada é recomendada para alguns casos, a depender da avaliação médica, visando otimizar os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e potencializar a resolução de problemas mais complexos (79). É necessário realizar avaliação clínica individualizada na APS para um encaminhamento assertivo e seguro, com base nos fluxos de referência e contrarreferência, conforme protocolos da regulação local, bem como da disponibilidade de recursos disponíveis em cada município ou região.

O encaminhamento à atenção especializada pode ser necessário em pacientes com sintomas prolongados após avaliação inicial na APS ou com complicações, sendo mais comum em pacientes que necessitaram de internação prolongada, especialmente em UTI. A necessidade de encaminhamento para serviços de reabilitação idealmente deve ser avaliada antes da alta hospitalar, mas pode ser reavaliada em qualquer momento do seguimento clínico após a alta. O encaminhamento, quando necessário, deve ser focado nas disfunções apresentadas pelo paciente (2). Alguns municípios ou regiões desenvolveram ambulatorios multidisciplinares de reabilitação pós-covid que permitem atendimento integral e abrangente desses casos. A disponibilidade desses locais, formas de acesso e protocolos específicos devem ser conferidos com a gestão local.

O Quadro 9 descreve as principais sugestões de encaminhamento que poderão ser atualizadas e adaptadas conforme novas evidências, e a realidade da Rede de Atenção à Saúde local.

Quadro 9 – Encaminhamento para serviço especializado de condições pós-covid
(2,10,19,20,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88)

Local ou especialidade de encaminhamento	Condições
Serviços de urgência/emergência	<ul style="list-style-type: none"> • suspeita ou diagnóstico de complicações como tromboembolismo, infarto agudo do miocárdio, pericardite, miocardite, insuficiência cardíaca descompensada ou evento neurológico agudo; ou • risco de suicídio ou de heteroagressão, risco de exposição moral (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco), sintomas psicóticos agudizados.
Reabilitação (2,79)	<p>Reabilitação/Fisioterapia Respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacientes que apresentaram comprometimento pulmonar grave, fibrose pulmonar ou ventilação mecânica prolongada, imediatamente após a alta; ou • pacientes com quadros leves a moderados de covid-19 que permanecem com dispneia após 12 semanas do quadro inicial, sem resposta aos exercícios respiratórios realizados no domicílio e após descartadas complicações. <p>Reabilitação Física/Fisioterapia Motora/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Nutricionista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conforme o <i>deficit</i> apresentado, especialmente em pacientes que necessitaram de internação prolongada ou em unidade de terapia intensiva (UTI).
Pneumologia (19,20,80)	<ul style="list-style-type: none"> • presença de opacidades em vidro fosco significativas (pós-inflamatórias), pneumonia organizante ou doença intersticial/fibrose em raio-X ou tomografia computadorizada (TC) de tórax de controle após 12 semanas do quadro agudo, em paciente com sintomas respiratórios persistentes; ou • sintomas respiratórios persistentes após 12 semanas com alterações na espirometria ou no teste de dessaturação e indisponibilidade de complementar investigação (TC de tórax, angiotomografia de tórax e/ou ecocardiograma); ou • necessidade de manter oxigenioterapia após 4 semanas da alta hospitalar, apesar do tratamento clínico otimizado; ou • dispneia ou tosse persistente com investigação inconclusiva na APS e sem resposta ao tratamento clínico otimizado após 12 semanas do quadro agudo da covid-19; ou • paciente com história de TEP pós-covid que permanece com dispneia, cansaço, intolerância ao exercício, tontura e/ou síncope após 12 semanas do evento tromboembólico.

continua

continuação

<p>Cardiologia (10,81,82,83,84,85,86)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • síndrome coronariana aguda em contexto de infecção por covid-19, em pacientes com sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado, ou com revascularização incompleta ou que não realizaram avaliação da função ventricular (com ventriculografia ou ecocardiograma), se estes exames não forem disponíveis na APS; ou • pericardite, após avaliação na emergência, se sintomas persistentes após tratamento adequado com anti-inflamatórios não esteroides (Aines) e colchicina por pelo menos 4 semanas, ou recorrência dos sintomas na retirada das medicações; ou • novo diagnóstico de insuficiência cardíaca ou piora sintomática de insuficiência cardíaca preexistente (por suspeita de sequela de miocardite relacionada à covid-19); ou • suspeita de miocardite (clínica ou por elevação de troponinas não explicada por outra causa), após avaliação em emergência, em pacientes que não realizaram ecocardiograma ou outro exame de imagem cardíaca, quando estes exames não forem disponíveis na APS; ou • suspeita de síndrome da taquicardia postural ortostática (STPO) sem resposta ao tratamento clínico otimizado; ou • fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (sintomática e com difícil controle da FC, início há menos de 1 ano, paciente com idade menor que 65 anos e ausência de dilatação significativa do átrio esquerdo); ou • flutter atrial; ou • taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento; ou • palpitação recorrente de origem indeterminada, após investigação inconclusiva na APS.
<p>Neurologia (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declínio cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ declínio cognitivo que cause prejuízo funcional em paciente com história recente de covid-19, após exclusão de delirium e outras causas reversíveis. • Polineuropatia: <ul style="list-style-type: none"> ◦ sintomas de polineuropatia após a infecção por covid-19, depois de excluídas outras causas na APS e com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento de outras causas concomitantes e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina); ou ◦ polineuropatia desmielinizante; ou ◦ polineuropatia atípica (sintomas graves ou rapidamente progressivos; <p>sintomas assimétricos ou não comprimento dependente; sintomas predominantemente motores; sintomas com início agudo; domínio de manifestações clínicas autonômicas; causa etiológica não definida).</p>

continua

conclusão

<p>Equipes de saúde mental ou Caps (87,88)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão: <ul style="list-style-type: none"> ○ casos refratários: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por pelo menos oito semanas cada; ou ○ episódio depressivo associado a sintomas psicóticos; ou ○ episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); ou ○ ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início de manejo). • Ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> ○ caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (não farmacológicas e/ou farmacológicas) em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas cada; ou ○ caso associado a transtorno grave por uso de substância psicoativa; ou ○ transtorno de ansiedade e ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo). • TEPT: <ul style="list-style-type: none"> ▫ TEPT relacionado a episódio de covid-19 recente ou perda recente de familiar próximo (até 6 meses antes da data do encaminhamento) e: <ul style="list-style-type: none"> ○ ausência de resposta ou resposta parcial a uma estratégia terapêutica efetiva (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 4 semanas; ou ○ ideação suicida persistente. ▫ TEPT relacionado a episódio de covid-19 ou perda de familiar próximo há mais de 6 meses da data do encaminhamento: <ul style="list-style-type: none"> ○ ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 8 semanas cada); ou ○ ideação suicida persistente.
--	---

Os motivos de encaminhamento aqui listados são os mais frequentes relacionados às condições pós-covid. Outras condições clínicas não abordadas neste Manual podem justificar a necessidade de encaminhamento conforme a avaliação médica individualizada e poderão ser incluídas. Além disso, especialidades não citadas aqui, como nefrologia, gastroenterologia e hematologia podem ser úteis conforme o distúrbio apresentado, porém mais dados são necessários a fim de estabelecer critérios específicos de encaminhamento.

REFERÊNCIAS

1. KEMP, H. I.; CORNER, E.; COLVIN, L. A. Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 125, n. 4, p. 436-440, 31 May 2020. DOI 10.1016/j.bja.2020.05.021. Disponível em: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(20\)30403-7/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(20)30403-7/fulltext). Acesso em: 15 fev. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. [atualização da versão 3 do Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, de 15 mar. 2021]. 88 f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 17 dez. 2021.
3. COVID SYMPTOM STUDY. **How long does COVID-19 last?** London, 6 June 2020. [aplicativo de celular]. Disponível em: https://covid.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxlcmmdL-EFjh_al-. Acesso em: 17 dez. 2021.
4. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. **NICE Clinical Guideline 188**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 11 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>. Acesso em: 17 dez. 2021.
5. CARFI, A. *et al.* Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 324, n. 6, p. 603-605, 9 July 2020. DOI 10.1001/jama.2020.12603. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>. Acesso em: 15 fev. 2022.
6. GREENHALGH, T. *et al.* Management of post-acute covid-19 in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 370, m3026, 11 Aug. 2020. DOI 10.1136/bmj.m3026. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026>. Acesso em: 15 fev. 2022.
7. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): treatment guidelines**. Bethesda (MD), 16 Dec. 2021. Disponível em: <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. **Nota Técnica nº 62/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS.** Assunto: retificação da Nota Técnica nº 60/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS (0023892047), elaborada em conjunto das áreas competentes, a fim de complementar as informações referentes às manifestações clínicas das condições pós-covid. Brasília, DF, 25 nov. 2021. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/11/SEI_MS-0023992174-Nota-Tecnica-62-Anexo-Oficio-Circular-101.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Home. Classifications. Classification of Diseases ICD. **Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak.** Geneva, Jan. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/emergency-use-icd-codes-for-covid-19-disease-outbreak>. Acesso em: 17 dez. 2021.
10. MIKKELSEN, M. E.; ABRAMOFF, B. **COVID-19: evaluation and management of adults following acute viral illness.** Waltham (MA): UpToDate, 3 Dec. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-evaluation-and-management-of-persistent-symptoms-in-adults-following-acute-viral-illness>. Acesso em: 17 dez. 2021.
11. NABAVI, N. Long covid: how to define it and how to manage it. **British Medical Journal**, London, v. 370, m3489, 7 Sep. 2020. Doi 10.1136/bmj.m3489. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3489>. Acesso em: 15 fev. 2022.
12. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiological alert: complications and sequelae of COVID-19: 12 August 2020.** Geneva, 12 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-complications-and-sequelae-covid-19-12-august-2020>. Acesso em: 17 dez. 2021.
13. ONO, K. *et al.* Reactive arthritis after COVID-19 infection. **Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open**, London, v. 6, n. 2, e001350, Aug 2020. Doi 10.1136/rmdopen-2020-001350. Disponível em: <https://rmdopen.bmj.com/content/6/2/e001350>. Acesso em: 15 fev. 2022.
14. XIAO, A. T.; TONG, Y. X.; ZHANG, S. Profile of RT-PCR for SARS-CoV-2: a preliminary study from 56 COVID-19 patients. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 71, n. 16, p. 2249-2251, Nov. 2020. Doi 10.1093/cid/ciaa460.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Clinical questions about COVID-19: questions and answers.** Georgia, 17 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>. Acesso em: 17 dez. 2021.

16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Healthcare Workers. **Ending home isolation for persons with COVID-19 not in healthcare settings**: interim guidance. Georgia, 17 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>. Acesso em: 17 dez. 2021.
17. PARK, S. Y. *et al.* Persistent severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 detection after resolution of coronavirus disease 2019-associated symptoms/ signs. **Korean Journal of Internal Medicine**, Seoul, v. 35, n. 4, p. 793-796, July 2020. Doi 10.3904/kjim.2020.203. Disponível: <https://www.kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2020.203>. Acesso em: 15 fev. 2022.
18. GEMELI AGAINST COVID-19 POST-ACUTE CARE STUDY GROUP. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. **Aging Clinical and Experimental Research**, Milano, v. 32, n. 8, p. 1613-1620, Aug. 2020. Doi 10.1007/s40520-020-01616-x. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01616-x>. Acesso em: 15 fev. 2022.
19. GEORGE, P. M. *et al.* Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia. **Thorax**, London, v. 75, p. 1009-1016, 24 Aug. 2020. Doi 10.1136/thoraxjnl-2020-215314. Disponível em: <https://thorax.bmj.com/content/75/11/1009>. Acesso em: 15 fev. 2022.
20. BRITISH THORACIC SOCIETY. **British Thoracic Society guidance on respiratory follow up of patients with a clinico-radiological diagnosis of COVID-19 pneumonia**. atual. London, 11 May 2020. versão 1.2. 15 f. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/quality-improvement/covid-19/resp-follow-up-guidance-post-covid-pneumonia/>. Acesso em: 17 dez. 2021.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Management of moderate COVID-19: pneumonia treatment. In:_____. **Living guidance COVID-19 clinical management**: living guidance. Geneva, 23 Nov. 2021. p. 31-34. Cap. 9. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>. Acesso em: 17 dez. 2021.
22. TORRES-CASTRO, R. *et al.* Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Pulmonology**, Barcelona, 25 Nov. 2020. Doi 10.1016/j.pulmoe.2020.10.013. Disponível em: [Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/journal/pulmonology). Acesso em: 15 fev. 2022.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 17 dez. 2021.
24. SCHWARTZSTEIN, R. M. **Approach to the patient with dyspnea**. Waltham (MA): UpToDate, 29 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea>. Acesso em: 17 dez. 2021.
25. LUTCHMARN Singh, D. D. A clinic blueprint for Post-Coronavirus Disease 2019 RECOVERY: learning from the past, looking to the future. **Chest**, New York, v. 159, n. 3, p. 949–958, Mar. 2021. Doi 10.1016/j.chest.2020.10.067. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)35125-4/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)35125-4/fulltext). Acesso em: 15 fev. 2022.
26. DYNAMED. **Record No. T913129, Cough - Approach to the patient**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T913129>. Acesso em: 17 dez. 2021.
27. SPEICH, B. *et al.* Treatments for subacute cough in primary care: systematic review and meta-analyses of randomised clinical trials. **British Journal General Practice**, London, 68, n. 675, e694–e702, Oct. 2018. Doi 10.3399/bjgp18X698885. Disponível em: <https://bjgp.org/content/68/675/e694>. Acesso em: 15 fev. 2022.
28. BARKER-DAVIES, R. M. *et al.* The Stanford Hall Consensus Statement for post-COVID-19 rehabilitation. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 54, n. 16, p. 949–959, 31 Aug. 2020. Doi 10.1136/bjsports-2020-102596. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/54/16/949>. Acesso em: 15 fev. 2022.
29. ELLIOTT, N. *et al.* Infographic: graduated return to play guidance following COVID-19 infection. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 54, n. 19, p. 1174–1175, June 2020. Doi 10.1136/bjsports-2020-102637. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/54/19/1174>. Acesso em: 15 fev. 2022.
30. MCCONAGHY, J. R. **Outpatient evaluation of the adult with chest pain**. Waltham (MA): UpToDate, 26 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/outpatient-evaluation-of-the-adult-with-chest-pain>. Acesso em: 17 dez. 2021.

31. THOMPSON, B. T.; KABRHEL, C. **Overview of acute pulmonary embolism in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 9 June 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-acute-pulmonary-embolism-in-adults>. Acesso em: 17 dez. 2021.
32. BAUER, K. A.; HUISMAN, M. V. **Clinical presentation and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected deep vein thrombosis of the lower extremity**. Waltham (MA): UpToDate, 20 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-deep-vein-thrombosis-of-the-lower-extremity>. Acesso em: 17 dez. 2021.
33. BMJ BEST PRACTICE. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): straight to the point of care**. London, 16 Dec. 2021. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/pdf/3000168/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.
34. CUKER, A.; PEYVANDI, F. **COVID-19: hypercoagulability**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-hypercoagulability>. Acesso em: 17 dez. 2021.
35. KUMAR, K. **Overview of atrial fibrillation**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-atrial-fibrillation>. Acesso em: 17 dez. 2021.
36. DYNAMED. **Record No. T1579903929505, COVID-19 (Novel Coronavirus)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 27 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/covid-19-novel-coronavirus#GUID-BD2BCCE0-FD2E-40D8-AA7F-BAC72FF78395>. Acesso em: 17 dez. 2021.
37. PUNTMANN, V. O. *et al.* Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Journal of the American Medical Association Cardiology**, Chicago, v. 5, n. 11, p. 1265-1273, 1 Nov. 2020. Doi 10.1001/jamacardio.2020.3557. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2768916>. Acesso em: 15 fev. 2022.
38. PELLICCIA, A. *et al.* Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). **European Heart Journal**, London, v. 40, n. 1, p. 19-33, 1 Jan. 2019. Doi 10.1093/eurheartj/ehy730. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/40/1/19/5248228?login=false>. Acesso em: 15 fev. 2022.

39. PATIENT LED RESEARCH: for COVID-19. **About patient-led research**. [S.l.], c2021. Disponível em: <https://patientresearchcovid19.com/>. Acesso em: 17 dez. 2021.
40. CHUNG, T. W-H. *et al.* Olfactory dysfunction in Coronavirus Disease 2019 patients: observational cohort study and systematic review. **Open Forum Infectious Disease**, Arlington (VA), v. 7, n. 6, ofaa199, June 2020. Doi 10.1093/ofid/ofaa199. Disponível em: <https://academic.oup.com/ofid/article/7/6/ofaa199/5851740>. Acesso em: 15 fev. 2022.
41. NALBANDIAN, A. Post-acute COVID-19 syndrome. **Nature Medicine**, New York, v. 27, n. 4, p. 601-615, Apr. 2021. Doi 10.1038/s41591-021-01283-z. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>. Acesso em: 15 fev. 2022.
42. ELKIND, M. S. V.; CUCCHIARA, B. L. KORALNIK, I. J. **COVID-19**: neurologic complications and management of neurologic conditions. Waltham (MA): UpToDate, 25 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-neurologic-complications-and-management-of-neurologic-conditions>. Acesso em: 17 dez. 2021.
43. TAQUET, M. *et al.* Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. **Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 8, n. 2, p. 130-140, Feb 2021. DOI 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620304624>. Acesso em: 15 fev. 2022.
44. BOLDRINI, M.; CANOLL, P. D.; KLEIN, R. S. How COVID-19 affects the brain. **JAMA Psychiatry**, Chicago (IL), v. 78, n. 6, p. 682-683, 21 Mar. 2021. Doi 10.1001/jamapsychiatry.2021.0500. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2778090>. Acesso em: 15 fev. 2022.
45. WOO, M. S. *et al.* Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. **Brain Communications**, Oxford, v. 2, n. 2, p. fcaa205, 23 Nov. 2020. Doi 10.1093/braincomms/fcaa205. Disponível em: <https://academic.oup.com/braincomms/article/2/2/fcaa205/5998660>. Acesso em: 15 fev. 2022.
46. TAQUET, M. *et al.* 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. **Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 8, n. 5, p. 416-427, May 2021. Doi 10.1016/S2215-0366(21)00084-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00084-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00084-5/fulltext). Acesso em: 15 fev. 2022.

47. STEIN, M. B. **COVID-19: psychiatric illness**. Waltham (MA): UpToDate, 13 Dec. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness>. Acesso em: 17 dez. 2021.
48. VARATHARAJ, A. *et al.* Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. **Lancet Psychiatry**, London, v. 7, p. 875-892, 25 June 2020. Doi 10.1016/S2215-0366(20)30287-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30287-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30287-X/fulltext). Acesso em: 15 fev. 2022.
49. LAFRENIERE, D. **Taste and olfactory disorders in adults: evaluation and management**. Waltham (MA): UpToDate, 16 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/taste-and-olfactory-disorders-in-adults-evaluation-and-management>. Acesso em: 17 dez. 2021.
50. DYNAMED. **Record no. T921617, Disorders of smell and taste**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T921617>. Acesso em: 17 dez. 2021.
51. SANTOS, J. A. *et al.* Oral manifestations in patients with COVID-19: a living systematic review. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 100, n. 2, p. 141-154, Feb. 2021. Doi 10.1177/0022034520957289. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034520957289>. Acesso em: 15 fev. 2022.
52. PAOLO, G. Does COVID-19 cause permanent damage to olfactory and gustatory function? **Medical Hypotheses**, New York, v. 143, p. 110086, Oct. 2020. Doi 10.1016/j.mehy.2020.110086. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987720318922?via%3Dihub>. Acesso em: 15 fev. 2022.
53. LECHIEN, J. R. *et al.* Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. **European Archives of Otorhinolaryngology**, v. 277, n. 8, p. 2251-2261, Aug. 2020. Doi 10.1007/s00405-020-05965-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-05965-1>. Acesso em: 15 fev. 2022.
54. TONG, J. Y. *et al.* The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. **Otolaryngol Head Neck Surg**, London, v. 163, n. 1, p. 3-11, July 2020.
55. GIACOMELLI, A. *et al.* Self-reported olfactory and taste disorders in patients with severe acute respiratory Coronavirus 2 infection: a cross-sectional study. **European Archives of Otorhinolaryngology**, Heidelberg, v. 71, n. 15, p. 889-890, 28 July 2020. Doi 10.1007/s00405-020-05965-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-05965-1>. Acesso em: 15 fev. 2022.

56. CHOPRA, V. *et al.* Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, M20-5661, 11 Nov. 2020. Doi 10.7326/M20-5661. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-5661>. Acesso em: 15 fev. 2022.
57. NETLAND, J. *et al.* Severe acute respiratory syndrome coronavirus infection causes neuronal death in the absence of encephalitis in mice transgenic for human ACE2. **Journal of Virology**, Washington, v. 82, n. 15, p. 7264–7275, Aug. 2008. Doi 10.1128/JVI.00737-08. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JVI.00737-08>. Acesso em: 15 fev. 2022.
58. GU, J. *et al.* Multiple organ infection and the pathogenesis of SARS. **The Journal of Experimental Medicine**, New York, v. 202, n. 3, p. 415-424, 21 Aug. 2005. Doi 10.1084/jem.20050828. Disponível em: <https://rupress.org/jem/article/202/3/415/52686/Multiple-organ-infection-and-the-pathogenesis-of>. Acesso em: 15 fev. 2022.
59. XU, H. *et al.* High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. **International Journal Oral Science**, London, v. 12, n. 1, p. 8, 24 Feb. 2020. Doi 10.1038/s41368-020-0074-x. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0074-x>. Acesso em: 15 fev. 2022.
60. WANG, W-K. *et al.* Detection of SARS-associated coronavirus in throat wash and saliva in early diagnosis. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta (GA), v. 10, n. 7, p. 1213-1219, July 2004. Doi 10.3201/eid1007.031113. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/7/03-1113_article.htm. Acesso em: 15 fev. 2022
61. ACKERMAN, B. H.; KASBEKAR, N. Disturbances of taste and smell induced by drugs. **Pharmacotherapy**, Carlisle (MA) v. 17, n. 3, p. 482–496, May 1997.
62. SYED, Q.; HENDLER, K. T.; KONCILJA, K. The impact of aging and medical status on dysgeusia. **American Journal of Medicine**, New York, 129, n. 7, p. 753.e1–6, July 2016. Doi 10.1016/j.amjmed.2016.02.003. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934316301772>. Acesso em: 15 fev. 2022.
63. WANG, H. *et al.* Inflammation and taste disorders: mechanisms in taste buds. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1170, p. 596–603, July 2009. Doi 10.1111/j.1749-6632.2009.04480.x. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.04480.x>. Acesso em: 15 fev. 2022.

64. BRANDÃO, T. B. *et al.* Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, [S.l.], 18 Aug. 2020.
65. DYNAMED. **Record nº T114891, Chronic diarrhea**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114891>. Acesso em: 17 dez. 2021.
66. DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
67. KELLY, C. P.; LAMONT, J. T.; BAKKEN, J. S. **Clostridioides (formerly Clostridium) difficile infection in adults: treatment and prevention**. Waltham (MA): UpToDate, 3 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clostridioides-formerly-clostridium-difficile-infection-in-adults-treatment-and-prevention>. Acesso em: 17 dez. 2021.
68. DYNAMED. **Record No. T114378, Clostridioides (Clostridium) difficile infection in adults**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114378>. Acesso em: 17 dez. 2021.
69. KANE, S. V. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): issues related to gastrointestinal disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 29 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-issues-related-to-gastrointestinal-disease-in-adults>. Acesso em: 17 dez. 2021.
70. DYNAMED. **Record No. T114777, Orthostatic hypotension and orthostatic syncope**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114777>. Acesso em: 17 dez. 2021.
71. CHESCHIRE, W. P. **Postural tachycardia syndrome**. Waltham (MA): UpToDate, 12 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postural-tachycardia-syndrome>. Acesso em: 17 dez. 2021.
72. MIKKELSEN, M. E.; NETZER, G.; IWASHYNA, T. **Post-intensive care syndrome (PICS)**. Waltham (MA): UpToDate, 25 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics>. Acesso em: 17 dez. 2021.
73. TRÜEB, R. M.; REZENDE, H. D.; DIAS, M. F. R. G. What can the hair tell us about COVID-19? **Experimental Dermatology**, Copenhagen, v. 30, n. 2, p. 288-290, Feb. 2021. Doi 10.1111/exd.14259. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/exd.14259>. Acesso em: 15 fev. 2022.

74. RIZZETTO, G. *et al.* Telogen effluvium related to post severe Sars-Cov-2 infection: clinical aspects and our management experience. **Dermatologic Therapy**, Hoboken, v. 34, n. 1, e14547, Jan. 2021. Doi 10.1111/dth.14547. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14547>. Acesso em: 15 fev. 2022.
75. OLDS, H. *et al.* Telogen effluvium associated with COVID-19 infection. **Dermatologic Therapy**, Hoboken, v. 34, n. 2, e14761. Doi 10.1111/dth.14761. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14761>. Acesso em: 15 fev. 2022.
76. LV, S. *et al.* A case of acute telogen effluvium after SARS-CoV-2 infection. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**, Auckland, v. 14, p. 385-387, 16 Apr. 2021. Doi 10.2147/CCID.S307982. Disponível em: <https://www.dovepress.com/a-case-of-acute-telogen-effluvium-after-sars-cov-2-infection-peer-reviewed-fulltext-article-CCID>. Acesso em: 15 fev. 2022.
77. DYNAMED. **Record No. T910284, Hair loss in adults - approach to the patient**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T910284>. Acesso em: 17 dez. 2021.
78. BERGFELD, W. **Telogen effluvium**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/telogen-effluvium>. Acesso em: 17 dez. 2021.
79. SINGH, S. J. *et al.* British Thoracic Society survey of rehabilitation to support recovery of the post-COVID-19 population. **BMJ Open**, London, v. 10, n. 12, p. e040213, 2 Dec. 2020. Doi 10.1136/bmjopen-2020-040213. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e040213>. Acesso em: 15 fev. 2022.
80. RIVERA-LEBRON, B. Diagnosis, treatment and follow up of acute pulmonar embolism: consensus practice from the PERT Consortium. **Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis**, Thousand Oaks, CA, v. 25, p. 1-16, Jan./Dec. 2019. Doi 10.1177/1076029619853037. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1076029619853037>. Acesso em: 15 fev. 2022.
81. ZIMETBAUM, P. J. **Evaluation of palpitations in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-palpitations-in-adults>. Acesso em: 17 dez. 2021.
82. GROSSMAN, G. B. *et al.* Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC/SBC) sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia por COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 284-291, Ago. 2020. Doi 10.36660/abc.20200797. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Q7PB5gC7hwxkMJ6PXr6Kbpt/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

83. THE TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT O COVID-19 OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. ESC guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 2—care pathways, treatment, and follow-up. **European Heart Journal**, London, p. 1-45, Sep. 2021. [pré print]. Doi 10.1093/eurheartj/ehab697. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehab697/6429145?login=false>. Acesso em: 15 fev. 2022.
84. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **COVID-19 rapid guideline**: managing the long-term effects of COVID-19 (NG188): evidence reviews 6 and 7: monitoring and referral. London, Dec. 2020. (NICE Guideline, n. 188). 26 f. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567265/>. Acesso em: 17 dez. 2021.
85. RAJAN, S. *et al.* **In the wake of the pandemic**: preparing for long COVID: policy brief 39. Geneva: WHO, 2021. (Health Systems and Policy Analysis). 30 f. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.
86. GALIÉ, N. *et al.* 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the joint task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung. **European Heart Journal**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 67-119, Jan. 2016. Doi 10.1093/eurheartj/ehv317. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/1/67/2887599>. Acesso em: 15 fev. 2022.
87. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: ansiedade: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.
88. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: depressão: versão digital 2017. Porto Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

[Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



DISQUE
SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal