



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA A RETOMADA
DOS ATENDIMENTOS PRESENCIAIS E DIRETRIZES
PARA OS ATENDIMENTOS REMOTOS NOS SERVIÇOS
AMBULATORIAIS E HOSPITALARES ELETIVOS,
VINCULADOS ÀS REDES TEMÁTICAS NO SUS-MG



CUIDA DE **MINAS**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Belo Horizonte
2020

VERSÃO PRELIMINAR

FICHA TÉCNICA

©2020 Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Todos os direitos reservados. A responsabilidade pelos direitos autorais é da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O conteúdo desta publicação poderá ser revisto e aperfeiçoado pela equipe técnica responsável.

Elaboração, distribuição e informações:

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE**

Rodovia Papa João Paulo II, 4.143, 12º andar, Prédio Minas – Bairro Serra Verde

CEP: 31.630-900

URL: www.saude.mg.gov.br

Versão do documento: 2.0

Governador

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

Secretário-Adjunto

Luiz Marcelo Cabral Tavares

Chefia de Gabinete

João Márcio Silva de Pinho

Assessora-chefe de Comunicação

Virgínia Cornélio Silva

Coordenação da Ação Estratégica Cuida de Minas**Superintendência de Redes de Atenção à Saúde**

Karina Rocha de Oliveira Taranto

Juliana Carolina da Silva

Diretoria de Ações Temáticas e Estratégicas

Mônica Farina Neves Santos

Colaboradores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial**

Ana Paula Torres de Camargos

Lyvia de Carvalho Fonseca Lage

Ramon Costa Cruz

Coordenação de Saúde Bucal

Fernanda Vilarino Jorge

Jacqueline Silva Santos

Juliana Vilaça de Oliveira

Mirna Rodrigues Costa Guimarães

Wanda Maria Taulois Braga

Coordenação Materno infantil

Daiana de Carvalho Souza

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Ana Carolina de Araujo Leite
Cristina Guzmán Siácara
Natália Carine Soares Cólem Fróes
Raquel Siqueira Viana
Renata Cardoso Ferreira Vaz
Roberta Nunes Mourão da Cunha Pereira

Superintendência de Atenção Primária

Daniele Lopes Leal

Superintendência de Regulação

Galzuinda Maria Figueiredo Reis
Nilcelene de Oliveira

Coordenação de Urgência e Emergência

Diovana Paiva Faustino
Keila José de Carvalho

Colaboradores externos

Conselho Regional de Fonoaudiologia/CREFONO-MG
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional/CREFITO-MG
Conselho Regional de Medicina/CRM-MG
Conselho Regional de Psicologia/CRP-MG
Conselho Regional de Nutricionistas/CRN-MG
Conselho Regional de Odontologia/CRO-MG
Centro Especializado em Reabilitação - CER IV Diamantina
Centro Especializado em Reabilitação - CER III Alfenas
Centro Especializado em Reabilitação - CER III Pará de Minas
Coordenação de Reabilitação/Gerência da Rede Ambulatorial Especializada/ Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Sociedade Mineira de Oftalmologia/SMO
Federação Mineira das APAES/FEAPAES-MG
Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais/SOGIMIG
Centro de Telessaúde - Hospital das Clínicas UFMG
Centro Estadual de Atenção Especializada de Brasília de Minas
Centro Estadual de Atenção Especializada de Pirapora
Centro Estadual de Atenção Especializada de Santo Antônio do Monte
Centro Estadual de Atenção Especializada de Viçosa

Agradecimentos

O desenvolvimento deste Guia é resultado de uma ação coletiva que visa contribuir para a qualificação das ações realizadas no âmbito do SUS-MG.

Agradecemos em especial aos colaboradores externos, entre eles associações, sociedade médica, serviços especializados, universidades e conselhos de classe e aos colaboradores internos, servidores da SES-MG, que se dedicaram a promover toda articulação, compartilhamento de conhecimento e construção desse documento baseado nos princípios do SUS.

*“O tempo muito me ensinou.
Ensinou a amar a vida,
não desistir de lutar,
renascer na derrota,
renunciar às palavras e pensamentos negativos,
acreditar nos valores humanos,
e a ser OTIMISTA.
Aprendi que mais vale tentar do que recuar...
Antes acreditar do que duvidar,
que o que vale na vida,
não é o ponto de partida
e sim a nossa caminhada”.*
Cora Coralina

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. INTRODUÇÃO
3. DIRETRIZES GERAIS PARA MANUTENÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS
4. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESENCIAL
 - 4.1 CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 - 4.1.1 - LINHAS DE CUIDADO
 - a. Hipertensão arterial sistêmica de alto e muito alto risco
 - b. Diabetes Mellitus de alto e muito alto risco
 - c. Doença Renal Crônica nos usuários com hipertensão e/ou diabetes de alto e muito alto risco
 - d. Pediatria e Neonatologia
 - 4.1.2 - ESPECIALIDADES EM ESCOPO AMPLIADO - CATEGORIA 3
 - a. Angiologia
 - b. Cardiologia
 - c. Endocrinologia
 - d. Ginecologia
 - e. Mastologia
 - f. Nefrologia
 - g. Urologia
 - 4.2 SAÚDE REPRODUTIVA, SAÚDE MATERNA E CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E MAMA
 - a. Planejamento reprodutivo
 - b. Saúde Materna
 - c. Detecção precoce e tratamento do câncer de mama
 - d. Rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero
 - 4.3 REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
 - 4.3.1 PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE
 - a. Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA
 - b. Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal – PETAN
 - 4.3.2 PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO (PTI) OU PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)
 - 4.3.3 JUNTAS REGULADORAS DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
 - 4.3.4 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O RISCO DE CONTRAIR A COVID-19
 - 4.3.5 A AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO BIOPSISSOCIAL

- a. Reabilitação visual
- b. Reabilitação física/ostomia
- c. Reabilitação Intelectual
- d. Reabilitação auditiva/Implante coclear

4.4 REDE DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL

4.4.1 CLASSIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS CONSIDERANDO A CONDIÇÃO CLÍNICA

4.4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS CONSIDERANDO RISCO/IMINÊNCIA DE GRAVIDADE

4.5 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

4.5.1 RECOMENDAÇÕES PARA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM MOMENTO TRANS-COVID 19

4.5.2 ORIENTAÇÕES GERAIS

4.5.3 ORIENTAÇÕES PARA A ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E UNIDADES HOSPITALARES

4.5.3.1 ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

4.5.3.2 ATENÇÃO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

4.5.3.3 ATENÇÃO NAS UNIDADES HOSPITALARES PARA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

4.5.3.4 ATENÇÃO NOS CENTROS PARA DEFOMIDADES CRÂNIO FACIAL

5. TELESSAÚDE

5.1.1 Teleconsulta

5.1.2 Telemonitoramento

5.1.3 Teleorientação

5.1.4 Teleinterconsulta

5.1.5 Telediagnóstico

5.1.6 Teleregulação

5.1.7 Teleducação

5.2 Aspectos Éticos e Legais

5.2.1 Legislações dos Conselhos

5.3 Abordagem do Telessaúde

5.4 Boas Práticas

APRESENTAÇÃO

No momento em que a transmissão comunitária do SARS-CoV-2, novo coronavírus causador da Covid-19 foi detectada no Estado, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) deu início ao Plano Estadual de Contingência para Emergência em Saúde Pública. Neste contexto, os serviços hospitalares e ambulatoriais eletivos, em especial aqueles cujos usuários são pertencentes ao grupo de risco para complicações em decorrência da doença, receberam, de imediato, recomendações referentes à suspensão parcial ou total dos atendimentos presenciais, e à adoção do atendimento à distância como alternativa para conter a evolução do contágio.

Todavia, a partir da observância da agudização das condições crônicas, bem como no esteio da retomada gradual das atividades sociais e econômicas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em conformidade com o Programa Minas Consciente, apresenta a Ação Estratégica Cuida de Minas, resultado de uma ação cooperativa que envolve as áreas técnicas da SES/MG e colaboradores externos como conselhos de classe e sociedades médicas, além de universidades, associações e serviços especializados na missão de subsidiar a organização assistencial dos dispositivos de saúde que realizam atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares, visando desenvolver mecanismos efetivos para garantir a integralidade e continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas e com outras condições de saúde que precisam ser assistidos mesmo que em tempo de pandemia.

Entre os produtos do Cuida de Minas estão as publicações de Manual Instrutivo, Notas Informativas, Guias Orientadores e outros documentos para gestores municipais de saúde e profissionais de saúde, para orientar o retorno gradual dos atendimentos presenciais frente à situação de emergência em saúde pública em Minas Gerais, além de documentos com orientações para usuários e familiares/cuidadores. O Cuida de Minas é organizado em cinco eixos temáticos: Gestão, Estratificação de risco e definição de critérios de elegibilidade para atendimentos presenciais, Biossegurança, Transporte Sanitário e Telessaúde. Considerando as especificidades das informações técnicas e gerenciais, estes eixos contam com objetivos específicos em face da retomada gradual dos serviços que

tiveram seus atendimentos presenciais suspensos totalmente ou parcialmente, mas, suas recomendações devem ser utilizadas conjuntamente na missão de garantir ao máximo um retorno seguro das atividades.

Dessa forma, em atendimento à proposta dos eixos de Estratificação de risco/definição de critérios de elegibilidade para atendimentos presenciais e Telessaúde, foi elaborado este Guia, que tem como objetivo subsidiar o planejamento e a estruturação dos serviços para a retomada gradual dos atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares. Este produto pretende balizar a tomada de decisão dos profissionais de saúde para identificar as situações que requerem atendimentos presenciais imediatos, definir as competências e fluxos para subsidiar a organização e a articulação entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na perspectiva de qualificar a assistência e evitar repercussões negativas das condições de saúde pré-existentes e que requerem uma intervenção imediata.

INTRODUÇÃO

Diante da situação de calamidade pública, o SUS-MG estabeleceu por meio da Deliberação Comitê Extraordinário COVID-19 n° 07 de 18/03/20, Deliberação Comitê Extraordinário COVID-19 n° 19 de 22/03/20 e Deliberação CIB/SUS-MG n° 3149/2020 a suspensão dos atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares, recomendando a necessidade da avaliação clínica pelos profissionais de saúde para determinar quais atendimentos teriam necessidade de manutenção dos atendimentos presenciais e quais poderiam ser realizados remotamente. Ressalta-se no contexto da suspensão dos serviços a Deliberação Comitê Extraordinário COVID 19 n° 73 de 31 de julho de 2020, que dispõe sobre as medidas adotadas no âmbito do sistema de saúde do Estado de Minas Gerais, enquanto durar o estado de CALAMIDADE PÚBLICA em decorrência da pandemia causada pelo agente Coronavírus COVID-19, em todo o território do Estado, inclusive as Casas de Apoio à Gestante e Puérpera – CAGEP e Casas da Gestante, Bebê e Puérperas – CGBP.

Desde a suspensão parcial ou total dos atendimentos presenciais foram organizadas novas formas de prestar o atendimento remoto por meio das tecnologias de informação e comunicação (TICs). Serviços do SUS-MG vinculados a programas estaduais têm enviado relatórios de suas atividades, registrando a produção dos atendimentos presenciais e remotos além de outras informações referentes ao funcionamento do serviço e organização da RAS em seus territórios.

A SES-MG, diante das análises das informações, constatou a necessidade de elaborar material informativo aos municípios para subsidiar as tomadas de decisões de gestores e profissionais de saúde quanto ao retorno gradual dos atendimentos presenciais, tendo em vista, especialmente, o aumento da agudização de condições crônicas registrado pelos serviços, a necessidade de utilização de outros pontos de atenção à saúde, inclusive serviços de urgência, emergência e hospitais, em virtude da falta de acesso aos serviços com atendimentos eletivos e, por considerar, também, a importância de qualificar os atendimentos remotos realizados.

No cenário atual, em que há projeção da iminente capacidade de contaminação cruzada pelo SARS-CoV-2, novo coronavírus causador da COVID-19 e, considerando as instruções dispostas pela Deliberação do Comitê Extraordinário COVID-19 nº 93 de 14/10/2020, que autoriza o retorno gradual e seguro da prestação de serviço médico-hospitalar e ambulatorial que especifica, enquanto durar o estado de CALAMIDADE PÚBLICA em todo o território do Estado, a SES-MG propõe a retomada gradual dos atendimentos presenciais de modo compatibilizado com as ondas do Plano Estadual Minas Consciente. Recomenda-se, contudo, a priorização dos atendimentos presenciais para os casos inadiáveis e o retorno progressivo das demais condições de saúde de acordo com a situação epidemiológica da região e da avaliação clínica realizada pela equipe de saúde responsável.

Nesse sentido, considera-se inadiável o atendimento que, se não realizado, poderá determinar risco para a saúde do indivíduo, agravamento na condição da doença ou do seu contexto biopsicosocial ou alteração no prognóstico da condição clínica/cirúrgica. O Decreto 10.282, de 20/03/20 que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que define e resguarda o exercício e o funcionamento dos serviços públicos e atividades essenciais, estabelece que:

São serviços públicos e atividades essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, tais como:

I - assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares.

Torna-se premente, no contexto da pandemia, que os pontos de atenção das RAS se organizem para atuar de forma cooperativa e articulada entre si, por meio do fortalecimento e aperfeiçoamento dos mecanismos de integração entre a atenção primária e especializada para assegurar o compartilhamento do cuidado ao usuário do sistema de saúde. Assim, recomenda-se que a atenção primária à saúde (APS) mantenha-se como ordenadora do SUS-MG, estratifique seus usuários de acordo com a sua condição de saúde, realize busca ativa constante e referencie para demais pontos de atenção de acordo com a necessidade de saúde dos usuários.

Embora nesse documento sejam nomeados os serviços vinculados aos Programas da Secretaria de Estado de Saúde, recomenda-se o uso deste Guia para

pontos de atenção especializados de mesmo público-alvo cuja responsabilização administrativa, financeira e operacional se dê em âmbito municipal ou regional.

DIRETRIZES GERAIS

- Devem ser garantidas a manutenção de forma prioritariamente presencial para determinadas linhas de cuidado e formato híbrido para as demais (atendimento presencial conforme critérios clínicos e garantia de acompanhamento remoto para o restante dos usuários);
- Esse documento tem o objetivo de nortear os gestores e profissionais de saúde na tomada de decisões quanto ao retorno gradual dos atendimentos presenciais. Ressalta-se que as avaliações clínicas e funcionais realizadas pelas equipes de saúde são soberanas frente à decisão de qual modalidade de atendimento (presencial ou remota) será aplicada a cada usuário.
- Observância dos princípios da integralidade do cuidado e da natureza dos estabelecimentos da RAS que possuem abrangência regional, garantindo universalidade e equidade;
- Observância das normas de biossegurança presentes no Guia de Biossegurança para Retomada dos Serviços Ambulatoriais em Tempos da Pandemia por COVID-19- CUIDA DE MINAS;
- Observância da disponibilidade e adequação do transporte sanitário dos usuários conforme Guia de Orientações para Organização do Transporte Sanitário Eletivo na Retomada dos Serviços Eletivos Segundo as Recomendações de Biossegurança no Contexto da Pandemia pelo COVID-19- CUIDA DE MINAS;
- Observância das diretrizes dispostas pelo Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) para enfrentamento da pandemia da COVID-19 e suas atualizações;
- Necessidade de readequação dos planos de cuidado / planos terapêuticos individualizados considerando singularidades dos usuários, familiares e comunidades;
- Reorganização de microprocessos assistenciais e gerenciais nos estabelecimentos de forma a otimizar a gestão da clínica num contexto

epidemiológico diverso, que garanta boa gestão da condição de saúde dos usuários (com adequação dos planos de cuidado, continuidade da gestão de caso dos usuários com condições de saúde muito complexas);

- Definição adequada da quantidade e características clínicas, epidemiológicas, sociodemográficas dos casos que serão mantidos em monitoramento remoto, levando em conta carga horária disponível dos profissionais para monitoramento, relação de usuários com prontuário ativo por linha de cuidado, quantidade/distância de municípios adscritos, situação epidemiológica do município sede e demais municípios;
- Recomenda-se que a flexibilização das agendas dos serviços deve seguir os critérios de elegibilidade para o retorno dos atendimentos presenciais, juntamente com as ondas do Plano Estadual Minas Consciente;
- As decisões quanto à modalidade de atendimento para cada usuário devem ser discutidas e definidas conjuntamente com os usuários e familiares/cuidadores, considerando as necessidades impostas pela condição de saúde ou prejuízo funcional;
- Os atendimentos unicamente presenciais nos serviços de saúde retornarão de forma integral, mas verificando as medidas sanitárias pertinentes, após os indicadores epidemiológicos e assistenciais apontarem para uma situação esperada e houver publicação de normativa retirando Minas Gerais do estado de calamidade pública
- No que se refere a serviços hospitalares esse guia contempla apenas os serviços hospitalares da Odontologia Hospitalar e de Implante Coclear/Saúde Auditiva. Demais informações sobre os serviços hospitalares/cirurgias eletivas serão tratadas em outro documento;
- Os critérios clínicos de elegibilidade para priorização do atendimento presencial devem seguir as ondas (vermelha, verde e amarela), consoante a estratificação de risco para as condições clínicas propostas neste material;

Onda Vermelha	Muito Alto Risco/Alto Risco
Onda Amarela	Médio Risco

- Os serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal utilizarão nomenclaturas específicas para estratificação de seus usuários que serão descritas em capítulo específico;
- Gestores municipais de saúde juntamente com as equipes de atenção primária e os serviços ambulatoriais de reabilitação deverão organizar fluxos assistenciais e busca ativa de pacientes que foram infectados pelo COVID-19, que tiveram período prolongado de internação em UTI e que apresentam déficit de funcionalidade na alta hospitalar necessitando de reabilitação;

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESENCIAL

CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) consistem na oferta de serviços ambulatoriais especializados vinculados às linhas de cuidados prioritárias: Atenção Materno-Infantil de risco; Saúde da Mulher, com ênfase na propedêutica do câncer de colo de útero e mama; Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica de alto e muito alto risco. Possuem abrangência microrregional e devem atuar de maneira integrada à atenção primária à saúde e à atenção terciária, de forma articulada no território, seguindo as diretrizes assistenciais e protocolos definidos pela SES/MG. O acesso ao serviço é regulado por meio da atenção primária dos municípios contemplados, consoante aos critérios de elegibilidade definidos pela SES/MG e mediante a estratificação de riscos dos usuários.

O financiamento das ações executadas nesses serviços é efetuado prioritariamente com recurso Estadual destinado à manutenção da equipe multiprofissional e à oferta de consultas e exames especializados considerados essenciais para assegurar a resolutividade do cuidado das linhas prioritárias. Há 27

serviços implantados no Estado, que propiciam uma abrangência assistencial a 44 microrregiões, totalizando 429 municípios beneficiados.

A política do CEAE é regulamentada por meio da Resolução SES/MG nº 6.946 de 04 de dezembro de 2019, que define as diretrizes para organização dos serviços em categorias, segundo a carteira e recursos disponíveis, a saber:

- Categoria 1: Atenção materno-infantil de risco e propedêutica dos cânceres de colo de útero e mama;
- Categoria 2: Atenção materno-infantil de risco; propedêutica dos cânceres de colo de útero e mama e atenção à usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Doença Renal Crônica (DRC) de Alto e Muito Alto Risco. Poderão possuir carteira básica ou ampliada. Na carteira ampliada há oferta de procedimentos de angiologia e/ou nefrologia e/ou oftalmologia na linha de cuidado de HAS, DM e DRC de alto e muito alto risco.
- Categoria 3: Ampliação do escopo assistencial previsto na Categoria 2 carteira ampliada (público alvo e oferta de procedimentos especializados) para minimamente 3 especialidades que compreendem a categoria 2 e inclusão de nova especialidade.

Atualmente o único CEAE com classificação categoria 3 implantado no Estado é o CEAE de Pirapora, que possui ampliação da linha de cuidado em Angiologia, Cardiologia, Endocrinologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia e Oftalmologia e inclusão da especialidade de Urologia.

Evidencia-se que a oferta assistencial dos CEAE está fundamentada no perfil epidemiológico da população e das necessidades de saúde do território, sendo baseada na atenção programada, que é uma importante ferramenta de gestão da clínica e de apoio para a organização dos processos de trabalho, assim como contribui para a universalização do acesso e para a equidade na atenção aos usuários.

Ademais, a estruturação dos CEAE é ancorada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), no qual um dos pilares estabelece que a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada devem funcionar em rede. O efetivo funcionamento dessa rede assistencial depende, primordialmente, da existência de um trabalho compartilhado e engajado entre os profissionais da APS e da atenção especializada a fim de fortalecer a interlocução entre os pontos de atenção e de intensificar a ação cooperativa entre os serviços. Nessa lógica, é

possível vislumbrar a ampliação da capacidade operacional dos dispositivos de saúde para responder às necessidades da população em tempo oportuno, com a qualidade certa, com o custo adequado e de forma humanizada.

O contexto da pandemia desafia ainda mais a organização dessa rede para atuar de forma integrada, portanto, torna-se imperativo o aperfeiçoamento dos fluxos para atendimento tanto da COVID-19, bem como para a continuidade do cuidado longitudinal das condições crônicas. Para tanto, é essencial a manutenção da estratificação de risco dos usuários por parte da equipe da APS de forma a garantir o encaminhamento dos usuários de alto risco aos serviços ambulatoriais especializados em tempo hábil, visto que o objetivo de se estratificar o risco de uma determinada população é possibilitar o manejo clínico diferenciado, de acordo com as necessidades de saúde específicas a cada estrato, promovendo o princípio da equidade.

É imprescindível, também, dar prosseguimento nas ações de matriciamento da APS dos municípios de abrangência do CEAE, em conjunto com as Unidades Regionais de Saúde, uma vez que isso constitui um preceito da Política do CEAE. Entretanto, durante o enfrentamento da COVID-19, recomenda-se que essas ações sejam conduzidas por meio remoto.

Com base nos estudos disponíveis até o momento e nas evidências clínicas, os usuários com condições crônicas, independentemente da idade, podem apresentar maior risco de letalidade e de desenvolver a forma grave da COVID-19. Desse modo, o público alvo do CEAE é considerado *Grupo de Risco*, segundo os critérios elencados pelas autoridades de saúde, o que denota a relevância da abordagem diferenciada voltada à essa subpopulação.

Foram elaboradas e divulgadas, nesse sentido, notas informativas com objetivo de definir o papel do CEAE e de disponibilizar aos gestores e profissionais de saúde as orientações necessárias para subsidiar a reorganização do serviço ambulatorial especializado e assegurar a continuidade da assistência ao público vulnerável durante esse período, em que a adoção de medidas preventivas e de segurança se tornaram essenciais para conter a evolução do contágio.

Dentre as estratégias definidas para o acompanhamento desses usuários, foram apresentadas as diretrizes para a realização do monitoramento remoto, considerando a estabilidade clínica do usuário, o contexto social no qual esse usuário está inserido, assim como as necessidades específicas de cada linha de cuidado e a capacidade instalada de cada CEAE. Foi estabelecido que o acompanhamento

remoto dos usuários dos CEAE poderia ser aplicado especificamente nas linhas de cuidado de HAS, DM e crianças de risco, além das outras condições crônicas de forma complementar ao atendimento presencial. Durante o contato com o usuário, caso a equipe de saúde avaliasse a necessidade de intervenção presencial, foi recomendado ao serviço o agendamento da consulta.

Para o CEAE categoria 3, foi preconizada a priorização do monitoramento remoto para os acompanhamentos das demais especialidades com escopo ampliado, e, também, foi orientada a avaliação multiprofissional sistemática de todos casos para definição daqueles que necessitam de intervenção presencial.

Cabe mencionar que a definição da manutenção do cuidado presencial ou remoto não encerra ou minimiza a responsabilidade da elaboração do Plano de Cuidados individualizado de forma compartilhada com a atenção primária e com revisão periódica conforme necessidade clínica. O §4º do art. 7º da Resolução 6.946/2019, que regulamenta os Centros Estaduais de Atenção Especializada, traz a seguinte definição para o Plano de Cuidados:

Entende-se como Plano de Cuidados o conjunto de propostas terapêuticas elaboradas a partir da avaliação clínica multiprofissional e interdisciplinar e organizadas preferencialmente no formato de Atenção Contínua com as condutas e recomendações sistematizadas em um único Plano.

No que se refere ao atendimento prioritariamente presencial que está sendo realizado nos CEAE voltado à atenção ao pré-natal de alto risco e à propedêutica do câncer de mama e colo do útero, bem como para o fechamento diagnóstico dos demais cânceres no âmbito do CEAE categoria 3, reitera-se que a prática do monitoramento remoto possa ser avaliada pela equipe multiprofissional de saúde como medida alternativa para manutenção do cuidado em razão da possibilidade do maior espaçamento do tempo entre as consultas presenciais. As orientações específicas para as linhas de cuidado do pré-natal de alto risco e à propedêutica do câncer de mama e colo do útero se encontram dispostas no item **“4.2: SAÚDE REPRODUTIVA, SAÚDE MATERNA E CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E MAMA”**, devendo ser seguidas para todos os pontos de atenção responsáveis pelo cuidado dessas condições de saúde, o que inclui os CEAE de todas as categorias.

Em relação ao CEAE categoria 2 com carteira ampliada para oftalmologia e para o CEAE categoria 3 que atualmente conta com essa especialidade em escopo ampliado, devem ser observadas as recomendações presentes no item **“4.4 REDE DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL”**, que foram estabelecidas pela Sociedade Mineira de Oftalmologia e contemplam, além dos CEAE com oftalmologia, as Unidades de Atenção Especializada / Centros de Referência em Oftalmologia e os Serviços de Reabilitação Visual.

Assim, diante da necessidade de se estabelecer diretrizes mais assertivas para a manutenção do cuidado a fim de evitar a agudização das condições crônicas dos usuários frente à situação de emergência em saúde pública em virtude da COVID-19, posto que a conjuntura atual dificulta a retomada integral dos atendimentos presenciais no CEAE, foram evidenciadas as situações que sinalizam quando o acompanhamento de forma presencial é elegível para assegurar a resolubilidade assistencial e oportuna à condição de saúde e os quadros clínicos que são compatíveis para manutenção do acompanhamento remoto.

Todavia, é importante ressaltar que este documento tem caráter orientador, sem pretensão de se caracterizar como normativa. Portanto, a avaliação de cada caso deverá ocorrer de forma compartilhada entre profissionais e usuários, dado o quadro clínico do usuário, capacidade de autocuidado apoiado, suporte familiar e contexto social do usuário, cabendo à equipe do CEAE avaliar e realizar os ajustes necessários para adaptar à realidade do território. **Salienta-se que a primeira consulta de todos os usuários em todas as linhas de cuidado e/ou especialidades deve ser realizada de forma presencial.**

Em alinhamento às ondas do Programa Minas Consciente, a diretriz apresentada visa orientar a retomada gradual dos atendimentos presenciais no CEAE segundo a estratificação de risco proposta neste material, que contou com a participação e validação de diversos parceiros externos, considerando o perfil dos usuários acompanhados nos CEAE e, em conformidade com indicadores epidemiológicos e assistenciais que irão indicar a onda do território no qual o serviço está inserido, como proposto no quadro abaixo:

Onda Vermelha	Muito Alto Risco/Alto Risco: atendimento presencial
---------------	---

	Médio Risco e Baixo Risco: atendimento remoto
Onda Amarela	Muito Alto Risco/Alto Risco, Médio Risco: atendimento presencial Baixo Risco: atendimento remoto
Onda Verde	Atendimento presencial para todos os critérios de risco em observação às normativas e orientações do Guia de Biossegurança .

Diante do exposto, cada CEAE, de acordo com o seu escopo assistencial, deverá observar as diretrizes clínicas dispostas para as linhas de cuidado e/ou especialidades de modo a apoiar a reorganização dos atendimentos durante o enfrentamento da pandemia. Reiteramos que a cada retorno presencial e/ou monitoramento remoto deverá ser avaliada a periodicidade e modalidade do próximo atendimento, de acordo com avaliação do médico e demais integrantes da equipe multiprofissional. Nesse sentido, mesmo que o usuário esteja enquadrado em um critério clínico de baixo risco, os profissionais devem julgar a pertinência da retomada do atendimento presencial em razão de sua condição de saúde ou da condição social, econômica e psicológica em que se encontra, além de considerar o cenário epidemiológico e assistencial do território.

Cabe pontuar, ainda, que qualquer impedimento para a manutenção do acompanhamento remoto por eventual peculiaridade implicará na necessidade dos CEAE em prosseguir com a oferta das consultas presenciais a fim de favorecer a adesão do usuário ao Plano de Cuidados indicado, salvaguardando os casos mais vulneráveis para complicações da COVID-19.

“Quem ama preserva. Preservar a saúde, é preservar a vida.”

Andrea Taiyoo



A) HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE ALTO E MUITO ALTO RISCO (HAS)

• ALTO E MUITO ALTO RISCO

1. Hipertensão Arterial Resistente: pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg em pelo menos duas medidas em dias diferentes e uso de no mínimo três medicações anti-hipertensivas de classes diferentes em dose plena, preferencialmente incluindo um diurético. Necessário verificar se as medidas de pressão arterial foram realizadas adequadamente e assegurar adesão do usuário no tratamento
 - a. apresentando níveis pressóricos PAS maior ou igual a 160mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110mmHg - **Retorno em 1 mês**
 - b. apresentando níveis pressóricos PAS 140-159mmHg e/ou PAD 90-109mmHg - **Retorno em 3 meses**
2. Gestante com Hipertensão Arterial maior ou igual a 140mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90mmHg - **Retorno em 1 mês**
3. Doença cardiovascular ou renal estabelecida ou retinopatia hipertensiva avançada, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Doença cardiovascular e renal estabelecidas na estratificação de risco do paciente com hipertensão arterial sistêmica
Doença cerebrovascular: acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia cerebral ou ataque isquêmico transitório
Doença arterial coronária: história de angina ou infarto agudo do miocárdio, revascularização miocárdica percutânea (angioplastia) ou cirúrgica,
Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m ²) ou albuminúria > 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina > 300 mg/g
Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

- a. apresentando níveis pressóricos PAS maior ou igual a 160mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110mmHg - **Retorno em 1 mês**
 - b. apresentando níveis pressóricos PAS 140-159mmHg e/ou PAD 90-109mmHg - **Retorno em 3 meses**
4. Suspeita de HAS Secundária - **retorno em 3 meses**
5. Presença de outras lesões em órgãos-alvo não classificadas no item 3 conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Outras lesões em órgãos-alvo na estratificação de risco do paciente com hipertensão arterial sistêmica
Hipertrofia ventricular esquerda
Espessura médio intimal da carótida > 0,9 mm ou placa carotídea
Índice tibio-braquial < 0,9
Doença renal crônica estágio 3B (RFG-e 30-44 mL/min/1,73m ²)
Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300 mg/g

- a. apresentando níveis pressóricos PAS maior ou igual a 160mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110mmHg - **Retorno em 3 meses**
 - b. apresentando níveis pressóricos PAS 140-159mmHg e/ou PAD 90-109mmHg - **Retorno em 6 meses**
6. Alto risco de evento cardiovascular (>20% em 10 anos) pelo escore de Framingham:
- a. apresentando níveis pressóricos PAS maior ou igual a 160mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110mmHg - **Retorno com 3 meses.**
 - b. apresentando níveis pressóricos PAS 140-159mmHg e/ou PAD 90-109mmHg - **Retorno com 6 meses**
7. Pós-internação hospitalar por COVID-19.

8. Capacidade de autocuidado insuficiente e/ou rede de cuidados familiar e social baixa. Considerar dificuldade de compreensão de sua condição crônica e do tratamento indicado, ausência de suporte familiar ou social, má adesão ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida/comportamento e história de abandono de acompanhamento.
9. Casos discutidos com a APS que julgar necessário.
10. Usuário com intervalo de consulta maior do que 12 meses.

- **BAIXO E MÉDIO RISCO:**

1. HAS com bom controle, usuário assintomático. DM compensados sem evidência de coronariopatia para acompanhamento com cardiologista - **Médio Risco**
2. DM consulta anual de rotina com cardiologista - **Baixo Risco**



B) DIABETES MELLITUS DE ALTO E MUITO ALTO RISCO (DM)

• ALTO E MUITO ALTO RISCO

São considerados como grupos prioritários para o atendimento presencial:

- 1) HbA1c > 9% em indivíduos em uso de insulina há mais de 3 meses
(Orientações sobre o início e progressão da insulinação estão dispostas nos documentos: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf> e https://telessaude.hc.ufmg.br/endocrinologia/insulina_no_diabetes_tipo_dois.pdf)
- 2) Gestantes com DM
- 3) Diabetes em indivíduo de menos de 40 anos que requer uso de insulina para tratamento: *Portadores de diabetes tipo 1 devem ser priorizados pela atenção especializada por necessitarem de esquema de insulinização com múltiplas doses diárias, associando insulina basal (NPH, glargina) e prandial (Regular ou Ultra-Rápida)*.
- 4) Diabetes de qualquer tipo de difícil controle glicêmico mantendo descompensação apesar do uso de > 1 UI/kg/dia de insulina;
- 5) HbA1c > 7% em uso de insulina e:
 - internações nos últimos 12 meses por complicações agudas do diabetes (hipoglicemia grave, cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar)
 - presença de complicações crônicas macrovasculares como doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia cerebral ou ataque isquêmico transitório), doença arterial coronária (história de angina ou infarto agudo do miocárdio, revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica), doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
 - presença de complicações crônicas microvasculares (retinopatia diabética proliferativa, neuropatia diabética ou pé diabético, albuminúria > 300 mg/24h, relação albumina/creatinina > 300mg/g ou insuficiência renal crônica estágios 4 ou 5)

Periodicidade das consultas**1) Retorno em 1 mês**

- HbA1c > 9% em indivíduo de menos de 40 anos que requer uso de insulina para tratamento
- HbA1c > 9% em indivíduo com internações nos últimos 12 meses por complicações agudas do diabetes
- HbA1c > 9% em indivíduo com complicações crônicas micro ou macrovasculares do diabetes
- Gestantes com DM

2) Retorno em 3 meses

- HbA1c > 9% em indivíduo em uso de insulina há mais de 3 meses que não se encaixe nas características citadas no item acima
- HbA1c entre 7% e 9% em indivíduo de menos de 40 anos que requer uso de insulina para tratamento
- HbA1c entre 7% e 9% em indivíduo com internações nos últimos 12 meses por complicações agudas do diabetes

3) Retorno em 6 meses

- HbA1c entre 7% e 9% apesar do uso de > 1 UI/kg/dia de insulina que não se encaixe nas características citadas no item acima

Demais critérios a serem considerados para atendimento presencial:

- Pós-internação hospitalar por COVID-19.
- Capacidade de autocuidado insuficiente e/ou rede de cuidados familiar e social baixa. Considerar dificuldade de compreensão de sua condição crônica e do tratamento indicado, ausência de suporte familiar ou social, má adesão ao tratamento medicamentoso (incluindo insulinoterapia) e mudança do estilo de vida/comportamento e história de abandono de acompanhamento.
- Casos discutidos com a APS que julgar necessário.
- Usuário com intervalo de consulta maior do que 12 meses.



C) DOENÇA RENAL CRÔNICA NOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO

• ALTO E MUITO ALTO RISCO

1. Estágio 4 e 5 da Doença Renal Crônica
2. Aumento abrupto da creatinina sérica
3. Internações por complicações agudas recentes decorrente de descompensação metabólica.
4. Pós-internação hospitalar por COVID-19.
5. Sinais e sintomas que podem sugerir descompensação da DRC tais como edema, cansaço, dispnéia, náuseas, vômitos e perda de apetite.
6. Capacidade de autocuidado insuficiente e/ou rede de cuidados familiar e social baixa. Considerar dificuldade de compreensão de sua condição crônica e do tratamento indicado, ausência de suporte familiar ou social, má adesão ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida/comportamento e história de abandono de acompanhamento.
7. Casos discutidos com a APS que julgar necessário.
8. Usuário com intervalo de consulta maior do que 12 meses.

• BAIXO E MÉDIO RISCO:

1. Estágio 3 B da Doença Renal Crônica - Médio Risco
2. Proteinúria $>1,0$ g/dia ou proteinúria $<1,0$ g/dia + hematúria - Médio Risco
3. Perda anual da filtração glomerular estimada ≥ 5 mL/min/ano (FGe inicial – FGe final/número de meses de observação X 12) - Médio Risco

Nas situações em que a estabilidade clínica e o contexto familiar/social no qual o usuário está inserido permitirem, pode-se realizar atendimento inicial presencial, seguido de atendimento remoto periódico.

Deverá ser realizado o atendimento presencial para os usuários classificados como de alto e muito alto risco.

Durante o atendimento presencial inicial, avaliar elegibilidade para atendimento remoto, levando-se em conta estrutura social e familiar, suporte da APS e quadro clínico.

Os critérios a serem considerados para elegibilidade para o atendimento remoto deve-se levar em consideração a estrutura social e familiar, suporte da APS e quadro clínico.

Os pré requisitos para realização do atendimento remoto na Hipertensão Arterial Sistêmica são:

- capacidade de compreensão do tratamento pelo usuário ou familiar
- possibilidade de realização e registro de medidas periódicas de pressão arterial no domicílio ou na APS
- possibilidade de comunicação eficaz com a equipe de saúde para relato de sintomas e envio de registro de níveis pressóricos

Já os pré-requisitos a serem considerados no Diabetes Mellitus são:

- capacidade de compreensão do tratamento pelo usuário ou familiar
- capacidade de aplicação de insulina por técnica correta pelo usuário ou familiar
- possibilidade de realização e registro rotineiro (pelo menos 30 ao mês para diabetes tipo 2 e pelo menos 90 ao mês para diabetes tipo 1) de medidas de glicemia capilar no domicílio ou na APS
- possibilidade de comunicação eficaz com a equipe de saúde para relato de sintomas e envio de registro de níveis pressóricos

Durante o monitoramento remoto dos usuários na linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica deve ser feita otimização do contato pelo serviço de saúde de forma a contemplar mais de um profissional da equipe de saúde no mesmo momento do acionamento. Orientar que previamente ao monitoramento remoto o usuário já tenha em mãos os exames realizados recentemente, questionar queixas e sintomas, descrever dose de medicação oral e insulinas, entre outras informações que a equipe de saúde julgar necessária.

Importante ressaltar que em cada monitoramento remoto a equipe de saúde deverá avaliar a necessidade de atendimento presencial além de reavaliar se essa estratégia de monitoramento remoto se mantém eficaz e viável para o indivíduo.



NEONATOLOGIA

- **ALTO E MUITO ALTO RISCO**

1. Prematuridade

- a. Prematuro extremo (≤ 32 semanas e/ou peso ao nascer $\leq 1500g$ - necessário apresentar relatório do parto e cartão de pré-natal): **Muito Alto Risco**
- b. Prematuro tardio até 1 ano e extremo de 6 meses até 1 ano de vida: **Alto Risco**

2. RN que tiveram sofrimento fetal agudo: APGAR < 7 no 5º min de vida: **Muito Alto Risco**

3. Egressos de internação Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru): **Alto risco**

4. Sífilis e toxoplasmose congênita (até concluir sorologias e exames de rastreio): **Alto risco**

5. Recém-nascidos com doença crônica (pulmonar, cardíaca, renal, hepática, endócrina, neurológica, hematológica): **Alto risco**

6. Internações por complicações agudas recentes relacionadas à comorbidade ou condição clínica da criança.

7. Pós-internação hospitalar do neonato por COVID-19.

8. Rede de cuidados familiar e social baixa. Considerar dificuldade de compreensão da família/responsável em relação à situação de saúde e condição clínica do neonato e do tratamento e plano de cuidados indicados, má adesão ao tratamento e/ou piora da condição de saúde.

9. Casos discutidos com a APS que julgar necessário.

OBS: Retorno presencial e monitoramento remoto com periodicidade a ser estabelecida de acordo com avaliação médica e demais integrantes da equipe multiprofissional.

- **BAIXO E MÉDIO RISCO**

1. HIV, Z-STORCH (Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Chikungunya): **Médio risco**

OBS: Retorno presencial e monitoramento remoto com periodicidade a ser estabelecida de acordo com avaliação médica e demais integrantes da equipe multiprofissional.

PEDIATRIA

- **ALTO E MUITO ALTO RISCO.**

1. Crianças egressas da UTI Pediátrica – Necessário apresentar relatório de alta hospitalar: **Alto Risco**
2. Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave (conforme definição do Caderno de Atenção Básica - Doenças Respiratórias Crônicas do Ministério da Saúde), bebê chiador – mais de 3 (três) episódios de broncoespasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado: **Alto risco**
3. Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para (hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 (sessenta) dias – macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial; infecção urinária recorrente – comprovada por exames de urocultura sem resposta ao tratamento instituído, síndrome nefrótica: **Alto risco**
4. Crianças com alterações endócrinas (diabetes mellitus, distúrbios da tireoide): **Alto Risco**
5. Crianças com hipertensão arterial: **Alto risco**

6. Internações por complicações agudas recentes relacionadas à comorbidade ou condição clínica da criança.
7. Pós-internação hospitalar do neonato por COVID-19.
8. Rede de cuidados familiar e social baixa. Considerar dificuldade de compreensão da família/responsável em relação à situação de saúde e condição clínica do neonato e do tratamento e plano de cuidados indicados, má adesão ao tratamento e/ou piora da condição de saúde.
9. Casos discutidos com a APS que julgar necessário.

OBS: Retorno presencial e monitoramento remoto com periodicidade a ser estabelecida de acordo com avaliação médica e demais integrantes da equipe multiprofissional.

- **BAIXO E MÉDIO RISCO**

1. Crianças com quadro de obesidade (grau I com comorbidade) e/ou desnutrição (moderada a severa): **Médio Risco**
2. Recém-nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor: **Médio Risco**
3. Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarreia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastroesofágico): **Médio risco**
4. Crianças com doenças respiratórias crônicas, 2 (dois) ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (raio-x) e com histórico de internação nos últimos 12 (doze) meses: **Médio Risco**
5. Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada: **Baixo Risco**

OBS: Retorno presencial e monitoramento remoto com periodicidade a ser estabelecida de acordo com avaliação médica e demais integrantes da equipe multiprofissional.

Para realização do monitoramento remoto, deve ser avaliado contexto familiar/social em que a criança e seus responsáveis estão inseridos, suporte da APS e quadro clínico/situação de saúde. Deve ainda ser avaliada a dificuldade de compreensão pela família/responsável quanto a condição de saúde da criança, adesão ao tratamento e plano de cuidados proposto. **Qualquer forma de contato realizada deverá contar com a presença do responsável pela criança.**

Durante o monitoramento remoto deve ser feita otimização do contato pelo serviço de saúde de forma a contemplar mais de um profissional da equipe de saúde no mesmo momento do acionamento. Orientar que previamente ao monitoramento remoto a família/responsável da criança já tenha em mãos os exames realizados recentemente, questionar queixas e sintomas, medicações e suplementos em uso, entre outras informações que a equipe de saúde julgar necessária.

Importante ressaltar que em cada monitoramento remoto a equipe de saúde deverá avaliar a necessidade de atendimento presencial além de reavaliar se essa estratégia de monitoramento remoto se mantém eficaz e viável para a criança.

4.1.2 - ESPECIALIDADES EM ESCOPO AMPLIADO - CATEGORIA 3

Para o CEAE categoria 3 deverão ser observados os critérios estabelecidos no item 4.1.1 relacionados às linhas de cuidado de Atenção Materno-Infantil de risco; Saúde da Mulher, com ênfase na propedêutica do câncer de colo de útero e mama; Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica de alto e muito alto risco. Também caberá à equipe do CEAE determinar, em cada atendimento presencial realizado, a viabilidade da manutenção de monitoramento remoto para o usuário atendido, de forma a complementar o atendimento presencial e compensando o maior tempo para agendamento da próxima consulta, considerando o maior espaçamento no contexto da pandemia de COVID-19.

As orientações específicas para as linhas de cuidado do pré-natal de alto risco e à propedêutica do câncer de mama e colo do útero se encontram dispostas no

item “**4.2: SAÚDE REPRODUTIVA, SAÚDE MATERNA E CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E MAMA**”, devendo ser seguidas para todos os pontos de atenção responsáveis pelo cuidado dessas condições de saúde, o que inclui os CEAE de todas as categorias.

Ainda, considerando que o CEAE de categoria 3 conta com a especialidade médica de Oftalmologia em escopo ampliado, devem ser observadas as recomendações presentes no item “**4.4 REDE DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL**”, que foram estabelecidas pela Sociedade Mineira de Oftalmologia e contemplam, além dos CEAE com oftalmologia, as Unidades de Atenção Especializada / Centros de Referência em Oftalmologia e os Serviços de Reabilitação Visual. Ainda,

Além disso, abaixo estão descritos os demais critérios por especialidade não contemplados nos CEAE categoria 2. Recomenda-se que a periodicidade do retorno presencial, bem como do monitoramento remoto, seja estabelecida de acordo com avaliação do médico e demais integrantes da equipe multiprofissional.

A) ANGIOLOGIA

1. Doença arterial periférica, já diagnosticada e tratada ou em tratamento evoluindo com piora clínica - Claudicação Intermitente com piora ou agravamento progressivo: **Muito Alto Risco**
2. Insuficiência venosa com dermatoesclerose e hiperpigmentação ocre em porção distal da perna, cicatriz de úlcera ou úlcera em atividade, para investigação e avaliação da necessidade de tratamento invasivo (CEAP 4, 5, 6): **Muito Alto Risco**
3. Usuários com trombozes venosas de repetição: **Alto risco**
4. Aneurisma de aorta abdominal e/ou torácica: **Muito Alto Risco**
5. Doença arterial periférica com claudicação intermitente crônica: **Médio Risco**
6. Tromboflebite superficial sem melhora com tratamento e com extensão do processo: **Médio Risco**
7. Varizes CEAP 2 e 3: **Baixo Risco**

8. Linfedema: **Baixo Risco**

9. Dor e edema de membros inferiores excluídas causas sistêmicas: **Baixo Risco**

B) CARDIOLOGIA

1. Cardiopatia Isquêmica

- a. Cardiopatia isquêmica estabelecida em usuários com necessidade de estratificação de risco após evento agudo (quando não realizada no serviço de urgência ou emergência): **Muito Alto Risco**
- b. Cardiopatia isquêmica estabelecida em usuários ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrato oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação: **Alto Risco**
- c. Suspeita de cardiopatia isquêmica, se impossibilidade de investigação com exames não invasivos: **Alto Risco**

2. Insuficiência cardíaca

- a. Classe funcional (NYHA) III e IV em usuários já com tratamento clínico otimizado em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância:
 - Se já é otimizado medicação: **Alto Risco**
 - Se ainda não medicado: **Muito Alto Risco**
- b. Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano;
 - Se a internação recente: **Muito Alto Risco**
 - Se a internação antiga: **Médio Risco**
- c. Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia.
 - Se com sintomas: **Muito Alto Risco**
 - Se com sintomas e já medicado: **Médio Risco**

3. Arritmias

- a. Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência);
 - Se já medicado: **Baixo Risco**
 - Se não medicado: **Alto Risco**
- b. Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo);
 - Se já conhecido: **Baixo Risco**
 - Se desconhecido: **Alto Risco**
- c. Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (usuário com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm);
 - Se for episódio novo: **Muito Alto Risco**
 - Se for episódio antigo: **Médio Risco**
- d. Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento: **Muito Alto Risco**
- e. Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada: **Baixo Risco**

4. Valvopatias

- a. Qualquer sopro diastólico ou contínuo;
 - Sem diagnóstico: **Muito Alto Risco**
 - Com diagnóstico: **Médio Risco**
- b. Sopro sistólico associado a (pelo menos um):
Sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope);
 - Sem diagnóstico: **Muito Alto Risco**
 - Com diagnóstico e sem tratamento: **Alto Risco**
 - Com diagnóstico e tratamento: **Médio Risco**
Sopro de grau elevado ($\geq 3/6$) ou frêmito;
 - Sem diagnóstico: **Muito Alto Risco**
 - Com diagnóstico e sem tratamento: **Alto Risco**
 - Com diagnóstico e tratamento: **Médio Risco**
Alterações significativas em eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax;
 - Sem diagnóstico e com sintomas: **Muito Alto Risco**
 - Com diagnóstico e sem sintomas: **Baixo Risco**
- c. Sopro de início recente e suspeita de valvopatia: **Muito Alto Risco**
- d. Usuários com valvopatias moderadas/gravas: **Alto Risco**

e. Usuário sintomático com qualquer valvopatia detectada em ecocardiografia.

- Valvopatia leve: **Baixo Risco**
- Valvopatia moderada: **Alto Risco**
- Valvopatia grave: **Muito Alto Risco**

5. Pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca em usuários que vinham sem controle cardiológico e que estejam assintomáticos: **Baixo Risco**

6. Síncopes com suspeita principal de origem não-cardíaca: **Baixo Risco**

C) ENDOCRINOLOGIA

1. Distúrbios Tireoidianos

a. Bócio

- Na presença de bócio com sintomas compressivos: disfagia, tosse, rouquidão, engasgos, dispneia de decúbito: **Alto Risco**
- Hipertireoidismo de Graves – bócio com alterações hormonais na função tireoidiana (TSH baixo ou suprimido, com T4 livre e/ou T3 livre aumentados) + auto-anticorpo TRAb aumentado: **Muito Alto Risco**
- Exame de ultrassom da tireoide mostrando nódulo(s): **Baixo Risco**

b. Hipertireoidismo (encaminhar todos os casos para endocrinologia):
Muito Alto Risco

c. Hipotireoidismo

- Havendo dificuldade de controle da doença em usuários em uso de doses elevadas de levotiroxina (maior que 25 mcg/dia):
Baixo Risco
- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH baixo ou normal-baixo, T4 livre e T3 livre baixos): **Baixo Risco**

d. Nódulo Tireoidiano (encaminhar todos os casos para o endocrinologista): **Baixo Risco**

2. Distúrbios do Peso

- a. Na suspeita de obesidade secundária a doença endócrina (Cushing, Síndrome do Ovário Policístico (SOP), Hipotireoidismo descompensado, etc): **Médio Risco**
- b. Usuários com IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades associadas ao excesso de peso tais como: diabetes, hipertensão arterial, artropatias degenerativas, esteatose hepática não- alcoólica grave, apneia do sono, asma brônquica, estase venosa avançada, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB: **Alto Risco**
- c. Usuários com IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB: **Médio Risco**

D) GINECOLOGIA

1. Sangramento Uterino Anormal

- a. Mulher na menacme (Período fértil) com sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses: **Alto Risco**
- b. Mulher a menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas): **Muito Alto Risco**
- c. Mulher na menopausa com espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal: **Médio Risco**

2. Massa Anexial

- a. Massa anexial com diâmetro $> 5\text{cm}$, ou características ultrassonográficas sugestivas de malignidade: **Muito Alto Risco**
- b. Em qualquer faixa etária:
 - Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.): **Muito Alto Risco**
 - Tumores sólidos independente do tamanho: **Muito Alto Risco**
 - Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas): **Muito Alto Risco**
 - Tumores com ascite: **Muito Alto Risco**

- c. Cistos simples em mulher na menopausa: **Baixo Risco**
 - d. Cistos simples em mulheres na menacme
 - Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas: **Baixo Risco**
 - Maior ou igual a 8,0 cm: **Baixo Risco**
3. Miomas sintomáticos (com compressão de órgão adjacentes, associados à anemia por sangramento uterino anormal não responsivo ao tratamento clínico): **Médio Risco**
4. Anormalidades da Estática Pélvica
- a. Prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseje tratamento cirúrgico: **Baixo Risco**
 - b. Prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses: **Baixo Risco**
5. Incontinência Urinária
- a. Prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses: **Baixo Risco**
 - b. Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado: **Baixo Risco**
6. Dor Pélvica Crônica / Endometriose
- a. Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação: **Médio Risco**
 - b. Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose: **Médio Risco**
7. Climatério
- a. Menopausa precoce (antes dos 40 anos): **Baixo Risco**
 - b. Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses: **Baixo Risco**
8. Patologia de Endométrio
- a. Diagnóstico ultrassonográfico de pólipos ou hiperplasia endometrial: **Médio Risco**
 - b. Mulheres na menopausa com:

- sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há a oferta de ecografia transvaginal na APS: **Alto Risco**
- espessura endometrial maior que 5 mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia: **Alto Risco**

9. Amenorreia (primária e secundária): **Baixo Risco**

10. Mulheres com encaminhamento da APS para inserção de DIU: **Baixo Risco**

E) MASTOLOGIA

1. Alterações Benignas da Mama

- a. Cisto simples recidivante: **Baixo Risco**
- b. Cisto simples sintomático (dor/desconforto, obstrução de tecido mamário subjacente): **Médio Risco**
- c. Fibroadenoma palpável sintomático (dor/desconforto): **Médio Risco**
- d. Abscesso subareolar crônico recidivante: **Médio Risco**
- e. Mastalgia com alterações no Exame Clínico da Mama ou com ausência de melhora após condutas recomendadas no Fluxograma 8 do PROTOCOLO DE ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES (2016): **Baixo Risco**
- f. Relato de descarga papilar acrescida de outras alterações no Exame Clínico das Mamas: **Médio Risco**
- g. Descarga papilar espontânea amarelada, esverdeada, amarronzada ou acinzentada se associada a muito incômodo após orientação - Fluxograma 9 do PROTOCOLO DE ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES (2016): **Baixo Risco**
- h. Nódulos benignos associados a incômodos: **Baixo Risco**

2. Derrames papilares considerados de alto risco

- a. Unilaterais e uniductais com aspecto sanguinolento ou aquoso: **Alto Risco**

3. Infecções recorrentes da mama (abscesso subareolar recidivante): Médio Risco

4. Mamas supranumerárias bem caracterizadas: Baixo Risco

5. Malformações congênitas da mama (Síndrome de Poland): **Baixo Risco**
6. Indicação de plástica mamária - indicação não estética e não oncológica: **Baixo Risco**
7. Egressas de internação - causas relacionadas a patologias de mama: **Médio Risco**

F) NEFROLOGIA

1. Cistos/Doença Policística Renal
 - a. Suspeita de doença policística renal: **Baixo Risco**
2. Infecção Urinária Recorrente
 - a. ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas: **Baixo Risco**
3. Litíase Renal
 - a. Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS: **Baixo Risco**
 - b. Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos: **Baixo Risco**

G) UROLOGIA

1. Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)
 - a. Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical): **Muito Alto Risco**
 - b. HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência): **Médio Risco**
 - c. HPB e infecção urinária recorrente: **Baixo Risco**

- d. Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado: **Baixo Risco**

2. Neoplasia de Próstata

- a. Neoplasia em biópsia prostática recente (se realizada): **Muito Alto Risco**
- b. Usuários assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml: **Médio Risco**
- c. Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria): **Médio Risco**
- d. Usuários com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade, conforme quadro 2 (excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento): **Baixo Risco**
- e. Usuários assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês): **Baixo Risco**

3. Litíase Renal

- a. Cálculo ureteral maior que 10 mm: **Alto Risco**
- b. Cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após 30 dias de tratamento clínico: **Alto Risco**
- c. Cálculo vesical: **Médio Risco**
- d. Cálculo renal sintomático e maior que 4 mm (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário): **Baixo Risco**
- e. Cálculo renal assintomático maior que 10 mm: **Baixo Risco**

4. Cistos/doença policística renal

- a. Cistos com alterações sugestivas de malignidade: **Alto Risco**
- b. Cistos simples de grande volume (>35mm): **Alto Risco**
- c. Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária): **Baixo Risco**

5. Doença Renal Crônica (DRC)

- a. Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de

hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular: **Baixo Risco**

b. Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal: **Alto Risco**

6. Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

a. Patologias escrotais benignas sintomáticas: **Baixo Risco**

7. Incontinência Urinária Recorrente

a. Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano): **Médio Risco**

b. Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses: **Baixo Risco**

8. Infecções do trato urinário (ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar com ultrassom de rim e vias urinárias): **Médio Risco**

9. Neoplasias de bexiga e rins (confirmados através de método de imagem fortemente suspeito ou biópsia, quando for o caso): **Muito Alto Risco**

10. Hematúria macroscópica sem repercussão clínica (encaminhar com exame de urina rotina e urocultura, ultrassom de rim e vias urinárias – máximo 3 meses): **Médio Risco**

11. Disfunção sexual masculina

a. Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo (na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre): **Baixo Risco**

b. Usuários sem melhora de disfunções sexuais após o uso de medicamentos orais: **Baixo Risco**

12. Fimose: **Baixo Risco**

13. Condiloma Acuminado / Verrugas virais (Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas): **Baixo Risco**

14. Uretrite: **Médio Risco**

15. Epididimite: **Alto Risco**
16. Prostatite: **Alto Risco**
17. HPV: **Baixo Risco**
18. Síndromes ulcerosas genitais: **Médio Risco**

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 6.946, de 04 de dezembro de 2019**. Regulamenta os Centros Estaduais de Atenção Especializada, os seus processos de supervisão e avaliação e a metodologia de financiamento dos serviços. Belo Horizonte, MG. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%206946.pdf>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo Clínico dos Centros Hiperdia Minas**. Belo Horizonte, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004.



IMPORTANTE: As ações relacionadas à assistência obstétrica, planejamento reprodutivo, controle dos cânceres de colo do útero e mama **NÃO SOFREM ALTERAÇÕES NA ASSISTÊNCIA** em função do perfil epidemiológico. A manutenção da assistência obstétrica, bem como o retorno dos atendimentos presenciais relacionados ao planejamento reprodutivo e controle dos cânceres de colo do útero já foram determinados por meio da Nota Informativa SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA 11/01/2020 e das Notas Técnicas COES MINAS COVID-19 Nº 53/2020 e 54/2020. As considerações abaixo tem objetivo de complementar informações de modo a qualificar a assistência durante a pandemia da COVID-19.

Estudos publicados têm demonstrado que quanto maior o tempo de isolamento social maiores as possibilidades de ocorrência de gravidezes indesejadas. Gravidezes não planejadas e gravidezes com intervalos intergestacionais curtos sabidamente têm efeitos negativos na saúde da mulher e do recém-nascido, incluindo mais riscos de morte. É, também esperado que, durante a pandemia, as mulheres se sintam temerosas com uma nova gravidez e necessitem reforço no acesso a informações e aos métodos contraceptivos. Além disso, por ser esperado que o acesso à laqueadura e vasectomia poderá estar dificultado, uma vez são procedimentos cirúrgicos eletivos e os hospitais credenciados tem suspendido tais procedimentos como medida protetiva e de otimização das estruturas hospitalares, esses grupos precisam ter acesso a métodos reversíveis até que a esterilização cirúrgica possa ser realizada. Por isso, mesmo diante da atual pandemia de Covid-19 as ações relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva precisam ser retomadas e medidas como as que otimizam a inserção de DIU ainda na maternidade onde ocorreu o parto/aborto devem ser priorizadas por promoverem menor demanda de atendimentos presenciais de puérperas que optem por esse método.

Os dados estatísticos de mortalidade materna são considerados um dos indicadores mais sensíveis de saúde da população feminina. Esses óbitos refletem as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e participação social. Mas, também, apontam, de maneira muito consistente, as lacunas na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal.

Em 2015, o Brasil, juntamente com outros países, adotou a nova agenda de desenvolvimento sustentável que resultou em oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em 2018, o IPEA publicou a proposta de adequação das metas globais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável à realidade brasileira. Dentro da meta 3 que engloba os princípios para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, o objetivo 3.1 sinaliza o compromisso brasileiro de até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para, no máximo, 30 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Em Minas Gerais, a saúde materno-infantil constitui uma das linhas prioritárias da atual gestão e a redução das mortes maternas e infantis evitáveis é um dos focos principais.

A pandemia da covid-19, caracterizada como uma crise sanitária, social e econômica mundial, traz um grande desafio aos sistemas de saúde exigindo a construção de modelos que garantam a integralidade e continuidade do cuidado para usuário(a)s sem colocar esses usuário(a)s e os profissionais da saúde em mais riscos de contaminação/infecção pelo SARS-CoV-2. Diversos estudos comprovam que situações como a atualmente vivida impactam de forma muito negativa na mortalidade materna e perinatal, bem como em outros indicadores de saúde.

Assim, o cuidado obstétrico e a saúde sexual e reprodutiva devem ser reconhecidos como atividades essenciais, mesmo em tempos de pandemia. As ações de rastreamento e detecção precoce do câncer do colo do útero e da mama, bem como a propedêutica e terapêutica dos casos identificados nesse processo precisam também ser garantidas e retomadas. O atual desempenho de cobertura de exames citopatológicos do colo do útero e de mamografias de rastreamento em nosso estado estão bem abaixo das metas estabelecidas. A suspensão temporária dessas ações associadas às limitações para o deslocamento das pessoas e o próprio medo da população em se contaminar ao procurar atendimento ambulatorial ou hospitalar poderão comprometer ainda mais esses indicadores. Sendo assim, é fundamental que os processos de trabalho sejam reconstruídos e retomados com atenção especial a todos esses pontos destacados.

O câncer do colo do útero tem como grande característica o fato de ser precedido por modificações celulares que são, em sua grande maioria, detectáveis pelos exames de rastreamento e curáveis quando oportunamente abordadas. O

câncer de mama tem o prognóstico absolutamente diferente quando detectado nas suas formas iniciais, o que favorece uma abordagem terapêutica muito menos agressiva para a mulher e, também, de custos econômicos muito menores. A frequência e o estadiamento da doença no momento do tratamento são marcadores importantes da desigualdade de acesso ao sistema de saúde e das iniquidades sociais/raciais.

Em 2019, ocorreram 2.601 casos de câncer de colo de útero, sendo 1.542 neoplasia maligna do colo do útero e 1.059 carcinomas *in situ* do colo do útero e 455 óbitos no estado de Minas Gerais. Esse número de óbitos em 2019 corresponde à taxa bruta de mortalidade de 4,34 óbitos por 100 mil habitantes. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2020 é de 1.270 casos novos de câncer do colo do útero com a taxa bruta de 11,80 casos novos por 100 mil mulheres mineiras.

Em relação ao câncer de mama, em 2019, foram diagnosticados 5.455 casos e 1.698 óbitos, correspondendo a uma taxa bruta de mortalidade de 16,18 óbitos por 100 mil mulheres mineiras. A taxa de mortalidade por esse câncer aumentou de 2018 para 2019, sendo que no primeiro ano a taxa foi de 15,11 (1586 óbitos). Em relação aos óbitos ocorridos em 2020, até o mês de setembro houve 1.135 casos. Observa-se ainda um número expressivo de casos nas fases avançadas da doença (estádios III e IV) e casos sem a identificação da condição do tumor no início do tratamento. A estimativa do INCA para o ano de 2020 é de 8.250 casos novos de câncer de mama com taxa bruta de 76,46 casos novos por 100 mil mulheres no estado de Minas Gerais.

Dois desses aspectos da saúde das mulheres acima tratados– atenção ao ciclo gravídico-puerperal e controle dos cânceres do colo do útero e mama – representam situações de intenso trabalho compartilhado entre a atenção primária, especializada e hospitalar . Assim, existem aqui diversas particularidades do cuidado que são realizadas de forma simultânea e conjunta entre esses pontos de atenção e, por isso, são abordados como um *continuum* do cuidado.

Os capítulos que se seguem objetivam oferecer aos gestores e profissionais da saúde orientações pertinentes para a população de gestantes, incluindo aquelas gestações estratificadas como de alto risco e para as ações relacionadas ao câncer do colo do útero e mama e planejamento reprodutivo.

“Para cada mãe que morre, há uma família que sofre, uma comunidade que se torna mais fraca, um país que fica mais pobre.”

62

Carissa F Etienne. Diretora OPAS/OMS

a. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em 24 de junho de 2020 foi publicada a Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 54/2020 que trata da organização dos serviços e ações de planejamento reprodutivo no estado de Minas Gerais durante a pandemia de covid-19. Para o processo de organização da assistência é desejado que os serviços adotem medidas para que não ocorra descontinuidade do atendimento cuja interrupção possa repercutir negativamente na saúde da mulher e em sua conduta clínica. As principais recomendações da referida Nota Técnica são listadas a seguir:

1. Garantir consultas para as mulheres que não planejam engravidar e estão sem método contraceptivo.
2. Garantir consulta presencial para mulheres que apresentam algum efeito colateral pelo uso de método contraceptivo e que não possam ter sua demanda solucionada pelo sistema de telemedicina, ou outro meio de comunicação efetivo.
3. Manutenção da disponibilização de métodos contraceptivos, incluindo contracepção de emergência.
4. Aumentar a validade de receitas de contraceptivos e prazo de troca dos DIU e implantes se boa adaptação a estes, associado a critério clínico, preservativos ou contraceptivo oral. Segundo evidências, o DIU de cobre pode permanecer por até 12 anos, o DIU com levonorgestrel por até 7 anos e implante por até 5 anos.
5. Manutenção dos serviços de inserção de DIU na APS, especialmente, para a população considerada vulnerável ou com maiores repercussões de gravidez não planejada, incluindo populações em situação de rua, adolescentes, pessoas com sofrimento mental, mulheres com doenças crônicas e puérperas.
6. Evitar solicitação e/ou realização de exames considerados desnecessários no acompanhamento de métodos contraceptivos. Reforça-se que a aferição da pressão arterial é essencial antes do início dos contraceptivos combinados

(estrogênio + progestagênio), assim como o exame especular e toque vaginal bimanual antes da inserção de DIU.

7. Para mulheres com desejo de engravidar recomenda-se discutir com as mesmas o possível benefício de adiamento temporário de gestação planejada, em face dos poucos dados disponíveis, até o momento, sobre os riscos da COVID-19 no primeiro trimestre da gestação e da situação epidemiológica da pandemia. Reforça-se a importância de suporte emocional para a tomada de decisão da mulher/casal.

8. Reconhecer que qualquer contato de mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas com doença crônica (hipertensas, diabéticas, cardiopatas, neoplasias e outras doenças), com a Unidade de Atenção Primária à Saúde é uma oportunidade para abordagem de planejamento reprodutivo, avaliação de uso de contracepção segura e eficaz, saúde da mulher e prevenção à violência domiciliar e intrafamiliar.

b. SAÚDE MATERNA

A assistência ao pré-natal pressupõe a avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar vulnerabilidades de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um desfecho desfavorável. Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. Podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

O atendimento ao pré-natal deve ser organizado para atender às necessidades de toda a população de gestantes da área de atuação, proporcionando facilidades de acesso e continuidade do acompanhamento. A rede de atenção deve disponibilizar os diversos serviços, dentre eles o pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento reprodutivo, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI Neonatal e adulto, entre outros.

Já a assistência ao pré-natal de alto risco, tem o objetivo de interferir no curso de uma gestação que possua maior chance de ter uma intercorrência

obstétrica , de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e/ou o feto, ou reduzir suas possíveis complicações adversas.

Vale destacar que a atenção ao pré-natal tem forte associação com os desfechos perinatais. Quando realizada de forma adequada é capaz de prevenir riscos na gestação, melhorar a condição de saúde do conceito, reduzir complicações no parto e puerpério e na mortalidade materna e infantil. Por mais complexos que sejam os fatores de risco que envolvem estas mortes, faz-se necessário também analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada nos serviços de saúde para que sejam implementadas mudanças nas condições de atenção ao parto e ao nascimento e assim reduzir os coeficientes de mortalidade materna e infantil.

CUIDADO OBSTÉTRICO DURANTE A PANDEMIA

A rápida disseminação do vírus associada à importante morbimortalidade da COVID-19 tem direcionado as políticas públicas de saúde em todo o mundo para o combate da transmissão do novo coronavírus e para o tratamento dos pacientes infectados. Assim, serviços de saúde essenciais, tais como o cuidado obstétrico, podem ficar comprometidos.

A OMS considera o cuidado obstétrico como atividade essencial e que deve ser mantido nesses tempos de pandemia, pois, estudos estimam um aumento importante na mortalidade materna e perinatal, caso ocorra diminuição no cuidado pré-natal, na assistência hospitalar ao parto e/ou nos atendimentos durante o puerpério. Em adição a esse cenário preocupante, a limitação do trânsito e deslocamento dos indivíduos, devido às medidas restritivas recomendadas durante a pandemia e o receio das gestantes de se contaminarem pelo SARS-CoV-2 ao procurar um serviço de saúde para atendimento obstétrico ambulatorial ou hospitalar podem interferir na frequência das consultas de pré-natal e no momento de busca do atendimento hospitalar. Tais fatores podem favorecer o *near miss* materno ou mesmo culminar com um evento obstétrico letal.

A pandemia Covid-19 representa um desafio mundial para a saúde materna e perinatal. Assim, é fundamental que as políticas públicas garantam uma assistência obstétrica integral e adequada a toda a população, protegendo e fortalecendo os direitos reprodutivos das mulheres.

Buscando auxiliar na organização desse momento, o Ministério da Saúde publicou, em 25 agosto, a Portaria 2.222/GM/MS que institui Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus.

Recomendações – Assistência Pré-natal

1. O cuidado pré-natal é considerado essencial e deve ser mantido e viabilizado durante a pandemia. Ele pode necessitar de adaptações nesse momento, desde que se garanta cuidado responsável e adequado para todas as gestantes;

2. Recomenda-se fortalecer e induzir o cuidado das gestantes e puérperas em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

3. Deverá ser garantida a realização dos exames solicitados durante o pré-natal, imunização das gestantes e puérperas, assim como o agendamento de exames de imagens. Recomenda-se a implementação de esforços para viabilizar a realização/coleta de exames e imunizações nos mesmos momentos determinados para consulta;

4. Poderá ocorrer flexibilização das consultas de pré-natal, à critério clínico, em circunstâncias com grande demanda decorrente da pandemia de COVID-19 na localidade, desde que garantidos o monitoramento longitudinal. Deve-se garantir atendimento da gestante com queixas fora do calendário de consultas de rotina preconizado;

5. A flexibilização de consultas só se aplica para gestações sem intercorrências e para gestantes com adequada compreensão das orientações de sinais e sintomas de alerta. Gestantes de alta vulnerabilidade e/ou com dificuldade de compreensão deverão ter o calendário habitual de seguimento pré-natal mantido;

6. Recomenda-se mínimo de 05 consultas presenciais para gestantes de risco habitual, durante a pandemia associadas a telemonitoramento: 1ª entre 11-13 semanas, 2ª com 20 semanas, 3ª com 28 semanas, 4ª com 36 semanas, e a 5ª com 39\40 semanas.

7. Deve-se realizar avaliação remota entre as consultas em busca de queixas e intercorrências.

8. Para gestantes sem possibilidade de acesso remoto, devem ser mantidas as consultas habituais. Além disso, para se flexibilizar as consultas sugere-se que a

partir de 26 semanas de gestação, a medida da pressão arterial seja realizada em intervalos não superiores a 4 semanas. Na eventualidade de alterações dos níveis pressóricos, deve-se avaliar a gestante em consulta presencial.

9. Teleconsulta nas gestações de risco habitual podem ser intercaladas com as consultas presenciais e pode ser útil para: acolher a gestante, acessar percepções da mesma em relação a gravidez, investigar queixas e esclarecer dúvidas, solicitar exames complementares da rotina pré-natal assim como avaliar e discutir com a gestante os seus resultados, realizar promoção de saúde nos diversos cuidados essenciais da gravidez (exemplo: orientações sobre alimentação, alerta sobre as arboviroses, cuidados de prevenção da toxoplasmose, orientações sobre o parto, aleitamento e contracepção pós-parto), prescrever medicamentos relacionados a queixas comuns da gestação ou intercorrências indicadas por exames laboratoriais (exemplo: antiespasmódicos, sulfato ferroso), apoio psicológico para gestantes que necessitem (com profissional capacitado), discutir sobre o plano de parto, esclarecer dúvidas da gestante sobre as peculiaridades dos atendimentos durante a pandemia no pré-natal, parto e puerpério.

10. As consultas de puerpério precoce e tardia podem ser remotas na ausência de sinais/sintomas de possíveis complicações no puerpério.

11. Diante de queixas que sugiram complicações a consulta presencial deverá ser garantida sem demora.

12. Quando a mulher optar pela colocação de DIU, a consulta por meio remoto no puerpério precoce é importante para se fazer as considerações necessárias e orientações pertinentes. No entanto, a consulta presencial no puerpério tardio (cerca de 4 semanas pós-parto) deve ser garantida para a inserção do dispositivo.

13. Nos casos em que a prescrição de contracepção necessite de exame físico prévio, também está indicada a consulta presencial.

14. Ressalta-se a importância de avaliar a dispensação e a aplicação do medicamento; nos casos de escolha de contracepção injetável; se possível, indicado e seguro, no mesmo dia da consulta presencial (para evitar deslocamentos adicionais).

15. A telemedicina, também, é ferramenta de grande utilidade no monitoramento das gestantes com sintomas gripais leves. As teleconsultas não substituem o atendimento presencial e não são adequadas para queixas que exijam exame físico.

16. Recomenda-se que os serviços de saúde se organizem para garantir que as gestantes permaneçam o mínimo de tempo necessário para a realização das

consultas de pré-natal. Em toda consulta, reforçar as medidas de prevenção da COVID-19 para todas as gestantes.

17. As unidades básicas de saúde devem utilizar, para garantir a segurança do seguimento pré-natal, as ferramentas domiciliares de vigilância, como exemplo o controle pressórico; ofertar atendimento telefônico nas Unidades Básicas de Saúde; propor o atendimento “drive through” (atendimento da gestante dentro do seu próprio carro, para minimizar o contato do profissional de saúde e a mulher, respeitando sempre a autonomia da gestante e as características socioculturais. Ele permite exame físico tais como mensuração da pressão arterial, coleta de dados vitais, avaliação da frequência cardíaca fetal, através do uso de sonar, mas não permite exame ginecológico).

18. Flexibilização dos exames complementares (laboratoriais e de imagem) poderá ocorrer em localidades com intensa transmissão comunitária, desde que sejam suficientes para garantir o cuidado adequado de cada gestante, evitando excesso de visitas a locais com ambientes fechados e/ou com aglomeração de pessoas. É aceitável, a critério clínico, o uso de rastreamento do diabetes gestacional com glicemia de jejum e hemoglobina glicada, em localidades com elevada transmissão do SARS-CoV-2.

19. Os grupos operativos presenciais de gestantes devem ser temporariamente suspensos. Contudo, grupos de gestantes, remotos e via online devem ser estimulados, para esclarecer dúvidas sobre gestação, parto e puerpério. Para aquelas pacientes sem acesso a tais dispositivos, deve-se clarear individualmente as dúvidas sobre o pré-natal durante todos os atendimentos na UBS.

20. A presença de acompanhante durante o atendimento pré-natal é direito da mulher, contudo, deve-se discutir com as gestantes o atendimento desacompanhada na pandemia, com o intuito de se evitar aglomerações e, assim, reduzir o risco das outras gestantes se contaminarem (uma gestante protegendo a outra). No caso de presença de acompanhante, esse não deveria pertencer aos grupos de sabidamente de maior risco para COVID-19 (diabético, obeso, cardiopata, pneumopatas, hipertensa, dentre outros) nem apresentar sintomas gripais.

21. Toda gestante e acompanhante, caso presente, deverão ser submetidos à triagem clínica para sintomas gripais nos serviços de saúde ou possível contato com caso suspeito ou confirmado nos últimos 14 dias (vide “Triagem para COVID-19 durante a pandemia” abaixo). Em qualquer dado positivo, o atendimento deve ser adiado, com garantia do dia e horário da nova consulta e orientações para os mesmos. Em caso de presença de sintomas gripais a gestante deverá ser incorporada no grupo de telemonitoramento.

21. Durante o pré-natal, especialmente nas consultas remotas, orientar as gestantes sobre a possibilidade de colocação do DIU após o parto vaginal ou cesariana, ainda durante a internação, considerando suas indicações e contraindicações. A paciente deve ser orientada sobre os seus riscos e benefícios.

Recomendações - Situações especiais: Pré-natal de alto risco

1. Gestantes de alto risco devem manter seu cuidado pré-natal nos serviços especializados e as rotinas de pré-natal devem ser adequadas de acordo a sua doença de base.

2. O pré-natal de alto risco compartilhado, com apoio das UBS, deve ser estimulado, desde que adequado e compatível com o cuidado necessário à gestante de risco, com o intuito de aumentar adesão ao pré-natal e evitar grandes deslocamentos das gestantes.

3. O compartilhamento do pré-natal de alto risco deve ser pactuado entre o centro de referência de alto risco e a UBS e sempre especificado no plano de cuidados por escrito, para se evitar falhas de seguimento. As gestantes também devem ser orientadas sobre a importância desse acompanhamento compartilhado.

4. O telemonitoramento nas gestações de alto risco é útil (assim como nas gestações de risco habitual) nas situações em que a avaliação materna não exigir a realização de exame físico imediato, tais como prescrição de exames de rotina de pré-natal, avaliação de resultados de exames laboratoriais e de imagem, apoio psicológico, recomendações\prescrições\encaminhamentos baseados em resultados de exame (exemplo: sulfato ferroso), orientações gerais sobre a gestação e doença de base, avaliação de curva glicêmica anotada pela paciente, avaliação de curva pressórica mensurada pela paciente, avaliação de queixas leves e comuns na gestação.

5. A estratégia de visita domiciliar para evitar a ida da gestante, especialmente, de alto risco, para a unidade de saúde para tarefas simples, tais como aferições de pressão arterial, realização de glicemia capilar, dentre outros, deve ser estimulada. Para tanto, recomenda-se que as UBS disponibilizem meios adequados para que as gestantes que necessitam da realização de curvas pressóricas e/ou glicêmicas possam realizá-las em domicílio.

6. Propor o atendimento “drive through”, respeitando sempre a autonomia da gestante e em especial as características socioculturais.

Importante ressaltar que a Nota Informativa SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA 1101/2020 que, entre outras orientações, dispõe sobre o atendimento das gestantes de alto risco no CEAE. No momento, **deve ser mantida tal modalidade de atendimento**. As orientações acima dispostas, ao se referirem ao telemonitoramento, caracterizam-se como sugestão para os casos em que o CEAE disponha de equipe de profissionais da saúde realizando acompanhamento remoto de gestantes de alto risco **em complemento** ao atendimento presencial.

Recomendações - Serviços de urgência no ciclo gravídico-puerperal

1. Recomenda-se fortemente a manutenção dos serviços hospitalares para assistência à gestante, parturiente e puérpera durante a pandemia.

2. Recomenda-se a manutenção dos serviços de atendimento aos casos de violência sexual e de interrupção da gestão, conforme previsto em lei.

3. Recomenda-se orientar as gestantes para que continuem a procurar os serviços de urgência obstétricas, sempre que necessário. Algumas complicações obstétricas podem colocar em risco a saúde de gestantes e seus conceitos. Ressalta-se que emergências não relacionadas a Covid-19 são frequentes durante o período gestacional, e que se não abordadas adequadamente, colocam em risco a saúde materno-fetal.

4. Recomenda-se que o parto ocorra dentro do ambiente hospitalar para se evitar aumento da morbimortalidade materna e perinatal. O parto dentro do ambiente hospitalar ainda é mais seguro para gestante e conceito, mesmo durante a pandemia. O parto domiciliar tem o potencial de aumentar o risco da morbimortalidade materna e neonatal e, assim, não está recomendado para gestantes assintomáticas, como estratégia de se reduzir o risco de contaminação pela Covid-19.

5. Recomenda-se que os serviços de maternidade se organizem para oferecer/ampliar a possibilidade de inserção do DIU após o parto vaginal ou cesariana (imediatamente após a saída da placenta ou até 48 horas do parto), para aquelas mulheres que preencherem os critérios de elegibilidade e desejarem o seu uso. A mulher deve ser orientada sobre os riscos e benefícios.

6. Os serviços de saúde devem realizar triagem clínica rotineiramente para sintomas gripais na chegada da gestante às urgências. Toda gestante e acompanhante, caso presente, deverão ser submetidos à triagem clínica para

sintomas gripais ou possível contato com caso suspeito ou confirmado nos últimos 14 dias (vide “Triagem para Covid-19 durante a pandemia” abaixo). Em qualquer dado positivo, o atendimento deve ser direcionado para o fluxo exclusivo de pacientes com sintomas gripais.

7. Gestantes com sintomas gripais devem ser atendidas em área física separada, em uso de máscara cirúrgica e atendida por profissional utilizando EPIs adequados ao procedimento. Os serviços devem ter fluxos diferenciados e bem sinalizados para atendimento de gestantes com e sem sintomas gripais. Em locais onde a assistência à gestante com sintomas gripais tenha sido centralizada, em alguma unidade de saúde, o encaminhamento deve ser feito com relatório completo das condições clínicas da gestante e a transferência da mesma com responsabilidade da unidade que realizou o primeiro atendimento.

8. Para as parturientes e puérperas assintomáticas, assim como para as que testaram negativo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante deve ser garantida. Entretanto, é essencial que os acompanhantes não sejam de grupos de risco, não apresentem-se com sintomas de síndrome gripal, que sejam submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante e durante toda a permanência hospitalar. Além disso, é fundamental que a mulher e o(a) acompanhante compreendam adequadamente as medidas de restrição de circulação dentro da unidade hospitalar, a obrigatoriedade do uso contínuo das máscaras, da correta higienização das mãos durante todo o período da internação. Recomenda-se contra a troca de acompanhantes durante a internação, salvo em situações de exceção avaliadas pela equipe juntamente com a mulher. A presença do acompanhante de gestantes e puérperas suspeitas ou confirmadas durante internações hospitalares é uma questão que deve ser vista com extrema cautela, sendo, no momento atual, preferencialmente evitada. Deve-se explicar à mulher e aos seus familiares sobre risco de contaminação e orientar que o isolamento é a medida mais segura. Ressalta-se que tais medidas visam proteção da mulher, do(a) criança e não significam retrocesso nos direitos adquiridos pelas grávidas.

TRIAGEM CLÍNICA PARA COVID-19 DURANTE A PANDEMIA

A triagem clínica das gestantes e acompanhantes para sintomas gripais visa reduzir o risco de transmissão SARS-COV-2 para outras gestantes e profissionais de saúde que as atendem. Tal prática tem o potencial de reduzir a exposição de indivíduos saudáveis a pacientes com Covid-19 nas suas diversas formas clínicas. A triagem clínica deve ser realizada:

- 1) à chegada da grávida na unidade de saúde,
- 2) durante o atendimento obstétrico propriamente dito e,
- 3) antes da admissão hospitalar, salvo nas situações de emergência.

Recomenda-se aprimorar a triagem clínica de sintomas gripais e/ou de contato prévio com paciente positivo para a Covid-19, sem deixar de observar e investigar as demais questões atinentes à gestante e à puérpera.

A triagem clínica consiste na coleta de informações clínicas, através de questionário pré-estabelecido, em que se investiga a presença de sintomas gripais ou contato com paciente com COVID-19, associado a mensuração da temperatura. Abaixo um breve questionário proposto pelo Ministério da Saúde que pode ser aplicado a todas as gestantes à sua chegada na unidade de saúde (vide quadro abaixo):

Antes do seu atendimento preciso que você responda a algumas perguntas. É muito importante que você responda com sinceridade para podermos cuidar de você de forma correta:

Fazer uma pergunta de cada vez e dar tempo para a pessoa responder:

- Você está com gripe?
- Você está tendo tosse?
- Seu nariz está escorrendo?
- Você está com dor de garganta?
- Você está com dor no corpo?
- Está percebendo que não consegue sentir o cheiro e o sabor das coisas?
- Teve febre ou sentiu calafrios nos últimos dois dias?
- Tem falta de ar?
- Está com quadro de diarreia?
- Teve contato com alguém que testou positivo para coronavírus nos últimos 14 dias?
- Teve contato com alguém que foi internado por gripe ou pneumonia nos últimos 14 dias?

Obs.: Se a gestante apresentar qualquer sintoma gripal sugestivo de COVID-19, em qualquer um dos momentos de triagem, ou apresentar temperatura corporal $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: será considerada suspeita e, usando máscara cirúrgica, conforme o protocolo local, será encaminhada à área de atendimento separada e reservada no estabelecimento de saúde para atendimento de Covid-19. Fonte: Nota Informativa 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de COVID-19

Fonte: Nota Informativa 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de COVID-19

Recomenda-se que a realização da triagem clínica das gestantes não seja considerada motivo para o relaxamento nas medidas de prevenção para covid-19, especialmente em gestantes não suspeitas de Covid-19. Orienta-se sempre praticar o distanciamento social, o uso de máscaras, a etiqueta de tosse e a higienização frequente das mãos com sabão e, se disponível, álcool 70%.

Deve-se ressaltar que existe uma elevada taxa de gestantes assintomáticas ou oligossintomáticas. Dessa forma, devem-se manter os cuidados de prevenção para Covid-19 mesmo durante atendimentos de pacientes que a triagem clínica não evidenciou risco de estarem contaminadas pelo Sars-Cov-2.

- Triagem clínica durante o atendimento de saúde: realizar triagem clínica de todas as gestantes e acompanhantes para sintomas gripais durante todas as consultas, nesse momento de pandemia. Durante a anamnese perguntar sobre sintomas gripais, exposição a indivíduos com suspeita ou diagnóstico de COVID19 e ao exame físico aferir a temperatura corporal, como parte das rotinas do atendimento. Durante as internações está indicado o rastreamento periódico de sinais de COVID-19 para surpreender início de manifestação da doença

- Triagem clínica à chegada na unidade de saúde, mas antes do atendimento: recomenda-se a implementação da triagem pré-atendimento das gestantes e acompanhantes, logo que cheguem no serviço de saúde (seja ele ambulatorial ou hospitalar), para evitar a contaminação de gestantes que estejam aguardando atendimento no mesmo ambiente.

Vale destacar ainda, que algumas instituições têm praticado a dupla triagem antes do atendimento obstétrico, de forma sistemática, em unidades de pré-natal ou hospitalares. Tal estratégia consiste na abordagem da gestante a sua chegada na unidade (exemplo, já na portaria) e a segunda triagem no local de atendimento (recepção) evitando, assim, que uma paciente com suspeita de COVID-19 fique por período prolongado em um mesmo ambiente de outras gestantes não contaminadas. Tal modelo tem sido proposto em função das frequentes falhas identificadas de triagem no primeiro contato com a paciente na unidade de saúde.

- Triagem clínica antes do ingresso da gestante na Unidade de Saúde: Sempre que possível deve se realizar uma triagem rotineira, através de contato telefônico, antes mesmo da sua chegada à unidade de saúde, nos casos de atendimentos

programados. Tal prática poderia ser introduzida, como rotina, antes de consultas de pré-natal ou mesmo antes de admissões programadas nas maternidades, tais como internações para partos eletivos, curetagens eletivas, dentre outros. Tal proposta melhora a orientação da gestante, evitando transmissão do vírus durante o trajeto para a maternidade e, também, permite à instituição atender a gestante, de forma preparada, e em área restrita. Para tal triagem torna-se necessário organização da unidade para praticá-la. Seu custo adicional é baixo para a instituição de saúde que a pratica. Assim, a despeito das suas limitações de implementação, seja por questões relacionadas à diversidade cultural e econômica nas diversas regiões do estado, seja por questões de logísticas de implementação dessa estratégia nas unidades de saúde, a triagem pré-ingresso ao serviço de saúde é uma outra forma de se evitar a disseminação do vírus da SARS-COV-2 e, portanto, deveria ser estimulada.

Observação: Se a gestante respondeu NÃO a todas as perguntas referentes a sintomas gripais ou contato com indivíduo suspeito ou confirmado para COVID-19; e não apresenta temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: atendimento obstétrico de rotina em área comum, não Covid-19. Se gestante respondeu SIM a pelo menos uma das perguntas, em qualquer um dos momentos, ou apresentar temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: será considerada suspeita e, usando máscara cirúrgica, conforme o protocolo local, será encaminhada à área de atendimento separada e reservada no estabelecimento de saúde para atendimento de Covid-19.

- Recomendação – Triagem clínica das gestantes durante atendimento obstétrico na pandemia. 1. Recomenda-se aprimorar a triagem clínica de sintomas gripais e/ou de contato prévio com paciente positivo para a covid-19, sem deixar de observar e investigar as demais questões atinentes à gestante e à puérpera, que podem cursar com sintomas semelhantes.

CUIDADO OBSTÉTRICO: GESTANTES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19:

Estudos têm procurado avaliar o impacto da COVID-19 na evolução da gestação. Até o presente momento, as gestantes com doença leve, não parecem apresentar aumento das taxas de abortamento ou outros desfechos perinatais desfavoráveis. Contudo, como toda a doença materna grave, gestantes com quadros importantes de pneumonia por SARS-CoV-2 têm maiores taxas de abortamento e

prematuridade. A teratogenicidade relacionada ao SARS-CoV-2 parece improvável, mas ainda não há dados consistentes sobre recém-nascidos de mães que se infectaram no primeiro e segundo trimestre de gravidez. É importante salientar que a hipertermia, por si só, independente da sua causa, pode ser considerada um teratôgeno e também, fator de risco para abortamento. No que se refere à transmissão vertical, tal evento parece ser possível, especialmente, no final da gravidez, mas, ainda assim, de ocorrência incomum. Ainda assim, em função das informações limitadas sobre o impacto da COVID-19 no binômio mãe-filho, sugere-se traçar estratégias de monitoramento pós-evento desses casos.

A abordagem da gestante e puérpera vai variar de acordo com a gravidade da doença e a presença de comorbidades. Gestantes/puérperas com suspeita ou diagnóstico de Covid-19 que apresentam dispneia após oferta de O₂ e sintomas moderados ou graves devem ser internadas para diagnóstico precoce de agravamento em hospitais de referência para Covid-19 que garantam assistência obstétrica 24 horas/dia.

- **As gestantes assintomáticas**, com confirmação de infecção pelo Sars-Cov-2, devem iniciar isolamento domiciliar, em conjunto com seus contactantes domiciliares, e devem ser monitoradas pelas unidades básicas de saúde, de forma remota, durante o isolamento para surpreender início dos sintomas ou agravamento da doença da mesma.

- **Para as gestantes com sintomas leves** está indicado o isolamento domiciliar juntamente com seus contactantes domiciliares e início do uso de Oseltamivir 75mg 12/12h por 5 dias, nas situações em que os sintomas gripais tenham surgido há menos de 48 horas. A Unidade Básica de Saúde deve monitorar tais pessoas, através de contato telefônico, diariamente, especialmente entre o 7º e 10º dias de sintomas, momento quando ocorre mais frequentemente a piora do quadro materno. Deve-se investigar a presença de sinais de gravidade (tais como dispneia, dor torácica, taquipneia, desidratação, hemoptise, cianose, saturação de O₂ < 95% (inclusive após 1 minuto de caminhada no consultório). As gestantes devem ser orientadas a procurar o serviço de saúde, imediatamente, quando houver piora clínica ou sinais de trabalho de parto. Algumas mulheres podem apresentar características que contraindiquem o acompanhamento ambulatorial (quadro abaixo) mesmo para os quadros leves. A Portaria 2.222/GM/MS, DE 25 DE AGOSTO DE 2020 recomenda proceder a testagem de qualquer gestante com sintoma gripal leve, independentemente da idade gestacional, por metodologia RT-qPCR.

CONTRAINDICAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA SÍNDROME GRIPAL EM GESTANTES

- Doenças cardíacas crônicas, congênitas, mal controladas ou descompensadas.
- Doenças respiratórias crônicas, incluindo DPOC e asma mal controlados.
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), incluindo os casos em tratamento dialítico.
- Transplantadas de órgãos sólidos e de medula óssea
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia e/ou radioterapia, entre outros medicamentos).
- Diabetes (conforme juízo clínico)

Adaptado de: Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 2, 2020.

1. O retorno ao pré-natal das gestantes com sintomas leves está liberado após 10 dias do início dos sintomas, desde que esteja 24 horas sem síndrome gripal, tenha ocorrido a resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e tenha ocorrido remissão dos sintomas respiratórios. O adiamento do parto eletivo por esse mesmo período deverá ser avaliado, desde que possível e seguro tal medida. Importante ressaltar que a antecipação do parto pelo diagnóstico de Covid-19 não complicado não traz benefício materno-fetal, podendo, inclusive, ser fator de agravamento clínico do quadro. A via do parto não se modifica nesses casos. Existem, inclusive, discussões se a cesariana pode impactar negativamente no quadro materno. O parto vaginal é possível e recomendável nesse grupo de pacientes. Não está indicado partos em domicílios ou em Centros de Parto Normal e, sim, em centros de referência, com maior nível de complexidade para os eventuais casos de descompensações materna e/ou fetais. Também não é recomendado o parto na água, porque impossibilita a proteção adequada da equipe e do neonato de contaminação pelo SARS-CoV-2 que parece ser eliminado nas fezes. Recomenda-se, nos casos de parto vaginal de mulheres com Covid-19, manter a saturação de oxigênio materna $\geq 95\%$ e o acompanhamento fetal durante o trabalho de parto com cardiotocografia. Na impossibilidade do uso da CTG, está indicada a ausculta dos batimentos cardíacos fetais em intervalos não superiores a 15 minutos.

- **Para gestantes com sintomas moderados ou graves** está indicada a internação. Esses casos devem ser monitorados de forma rigorosa, no intra-hospitalar, pelo risco

de evolução rápida e piora do quadro materno, com possibilidade de necessidade de UTI e ventilação mecânica. Algumas poderão necessitar antecipação do parto em função do quadro materno e fetal. O melhor momento do parto é um desafio. A via de parto cesariana tem sido indicada para os casos de mulheres com doença crítica e/ou feto com comprometimento da sua vitalidade nesse período. É essencial que as gestantes com quadros moderados ou graves de covid-19 sejam internadas em instituições que garantam o acompanhamento obstétrico contínuo (24 horas por dia). As gestantes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com confirmação para covid-19, apresentam período de eliminação viral mais prolongada. É importante a avaliação após a alta hospitalar com 7 dias para as que apresentaram quadro respiratório com necessidade de oxigenação e entre 7 e 40 dias para puérperas. Deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e seu conceito. Para os casos de doença grave/crítica, o isolamento social deve ser de 20 dias contados a partir do início dos sintomas, desde que os seguintes critérios estejam presentes: estar afebril há 24 horas, sem necessidade de uso de antitérmicos; e remissão dos sintomas respiratórios. Após avaliação médica, a mulher poderá retornar ao atendimento de pré-natal ou de puerpério nas rotinas programadas.

Recomendação – Cuidado com gestante com sintomas gripais

1. Recomenda-se a identificação precoce, o acompanhamento e o monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19.
2. Recomenda-se acompanhamento remoto a cada 24 horas, até o 10º dia do início dos sintomas, já que o agravamento dos casos ocorre na maioria das vezes, entre o 7º e 10º dia de doença.
3. Recomenda-se o suporte ao distanciamento social para gestantes e puérperas que não possuam condições para realização de isolamento domiciliar, inclusive com apoio de recursos destinados pela Portaria 2222 /GM/MS de 25 de agosto de 2020.
4. Recomenda-se aprimorar a busca ativa dos casos de gestantes e puérperas com suspeita de síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave e o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de covid-19.
5. Recomenda-se incentivar a atualização de dados cadastrais das gestantes e puérperas para subsidiar as ações de busca ativa e monitoramento de casos de

síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19.

6. Recomenda-se fomentar a realização de testagem para detecção da covid-19, por metodologia de RT-qPCR da gestante e puérpera que apresente síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou sintomas da covid-19, em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal, conforme recomendados por protocolos e portarias do Ministério da Saúde.

7. Recomenda-se organizar o cuidado de pré-natal, com otimização dos contatos presenciais e utilização da telemonitoramento e teleorientação como recurso complementar.

8. Recomenda-se organizar os serviços, a fim de estruturar e diferenciar o fluxo do ambiente interno para o acolhimento, identificação, estratificação de risco e atendimento dos casos de síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou suspeitos de covid-19.

9. Recomenda-se assegurar a definição de fluxos de referência e contrarreferência para assistência e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, considerando as recomendações para os casos suspeitos e confirmados de covid-19, de acordo com a gravidade do caso, idade gestacional e critérios clínicos para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recomendados por protocolos e materiais do Ministério da Saúde.

10. Recomenda-se fomentar a utilização das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera em funcionamento, para promoção do distanciamento social de gestantes e puérperas que não disponham de condições de distanciamento em ambiente intradomiciliar, quando for adequado, conforme previsto pela PORTARIA Nº 2.222/GM/MS, DE 25 DE AGOSTO DE 2020.

Recomendações para acompanhamento da gestação após recuperação do quadro de Covid-19:

1. Recomenda-se alta responsável, com vinculação ao Serviço Social e ativação das equipes de saúde da família para monitoramento sistemático das condições de saúde do binômio pela APS (Atenção Primária à Saúde).

2. Recomenda-se consulta para acompanhamento das gestantes pós-COVID-19, nos locais de pré-natal de origem. Durante as consultas, deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e seu conceito.

3. Recomenda-se a realização de ultrassonografia 2 a 4 semanas após o término do isolamento definido pelo quadro clínico de cada gestante. Idealmente, essas gestações devem ser acompanhadas com US obstétrico mensal para avaliação do crescimento fetal, líquido amniótico e insuficiência placentária, sendo indicado intervalos menores apenas na presença de alterações detectadas ao exame. Em caso de alteração no exame ultrassonográfico aquelas gestantes que estavam em acompanhamento apenas na APS deverão ser encaminhadas para a referência em atenção especializada. Na impossibilidade da realização da ultrassonografia seriada, a medida manual seriada do fundo uterino ganha mais importância e qualquer alteração deverá ser motivo para encaminhamento para a atenção especializada.

Recomendações na assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério, aleitamento materno e alta hospitalar do binômio nas gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19:

1. Durante a assistência ao parto manter o monitoramento de saturação de O₂ materno (referência $\geq 95\%$);
2. Durante o trabalho de parto considerar o monitoramento rigoroso da frequência cardíaca fetal (se intermitente os intervalos não devem ser superiores a 15 minutos e, se disponível, utilizar cardiotocografia contínua).
3. Clampeamento oportuno do cordão umbilical; aleitamento liberado após o banho materno, mesmo que seja no leito.
4. O contato pele a pele NÃO está recomendado; porém, manter CONDUTA ACOLHEDORA, possibilitando à mãe um contato ocular com a criança.
5. Os acompanhantes serão orientados em relação ao isolamento domiciliar por 14 dias imediatamente após a alta hospitalar da paciente.
6. Se o acompanhante for sintomático não poderá permanecer nas dependências da maternidade e deverá ser encaminhado para assistência/monitoramento de acordo com a gravidade do caso. No caso de sintomas leves priorizar os serviços da Atenção Primária e na presença de sinais de gravidade encaminhar para as referências de urgência/emergência para covid-19.
7. Alojamento conjunto mãe-filho deverá ser mantido para a mãe clinicamente estável e RN assintomático, em isolamento, assegurado dois metros de distância entre o leito da mãe e o berço do recém-nascido. Para os cuidados com o RN ou amamentação a mãe deverá manter o uso da máscara cirúrgica, que deverá ser trocada sempre que estiver úmida (intervalos de 3 a 4 horas) ou com sujidade e higienizar as mãos adequadamente antes e depois do contato com o RN.

8. Recomendações relativas a alta hospitalar de pacientes suspeitas ou confirmadas de covid-19: i. Alta hospitalar da puérpera condicionada a condições clínicas estáveis e situação social favorável; ii. Deverá ser orientada sobre o isolamento de 10 ou 20 dias, na dependência do curso clínico da doença, a partir da data do início dos sintomas ou diagnóstico da doença, desde que afebril por 24 horas e sem sintomas gripais; iii. Realizar a alta responsável com vinculação ao Serviço Social; iv. Ativação da equipe de saúde da família/UBS (Unidade Básica de Saúde) para o monitoramento sistemático das condições de saúde do binômio pela APS (Atenção Primária a Saúde); v. Puérpera com condições clínicas estáveis: não estender o tempo de internação, não postergando a alta hospitalar do binômio além de 48 horas, período em que os recém-nascidos ficam em observação diante de quadros infecciosos maternos.
9. Orientações sobre o autocuidado e cuidados com o recém-nascido: i. Reavaliação do binômio no 5º dia de vida da criança (Programa 5º dia Saúde Integral); ii. Nova reavaliação na APS entre 7 a 10 dias ou retornar imediatamente a maternidade se complicações clínicas e obstétricas; iii. Orientações em relação a importância do isolamento domiciliar do binômio; iv. Orientações das medidas de proteção ao recém-nascido, tais como: higienização das mãos, máscara durante a amamentação e distanciamento de 2 (dois) metros entre os leitos até 10 a 20 dias, na dependência do quadro clínico, do início dos sintomas ou diagnóstico da doença, desde que esteja 24 horas afebril e sem sintomas gripais.
10. Na APS manter as consultas de seguimento eletivo, mantendo as rotinas de acompanhamento materno e neonatal.
11. Garantia de planejamento reprodutivo às mulheres com oferta dos métodos contraceptivos, especialmente da inserção do DIU (dispositivo intrauterino) no pós-parto imediato nas maternidades para as pacientes que desejarem.

c. DETECÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama constitui o segundo câncer mais comum na população feminina, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma. Ao realizar o diagnóstico precoce, aumenta a possibilidade de se avançar na efetividade do tratamento e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade e garantir qualidade de vida aos usuários diagnosticados com a doença. Ressalta-se que um diagnóstico tardio contribui para o aumento de internações e intervenções, impactando na qualidade de

vida da usuária e do seu contexto familiar/social além de tornar o sistema de saúde ainda mais oneroso.

O exame clínico das mamas das mulheres independente da faixa etária é etapa fundamental na propedêutica do câncer de mama e deve ser realizado por qualquer profissional da saúde da APS. Para análise de imagem de qualquer anormalidade encontrada no exame clínico, o exame da mamografia isolada ou em combinação com outro(s) método(s) pode ser indicado com a finalidade diagnóstica.

As ações de investigação epidemiológica quando constatado casos de câncer de mama e útero na família pela APS é de primordial importância. Além disso, nesse nível de atenção à saúde devem ser realizadas orientações quanto a sinais clínicos importantes e ações de prevenção e promoção da saúde.

Para ações de rastreamento (população assintomática), o INCA/Ministério da Saúde preconiza que o exame seja realizado bienalmente em mulheres de 50 a 69 anos. No caso das mulheres com histórico familiar (população de risco elevado – história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (usuárias já tratadas), é recomendado a realização da mamografia bilateral de rastreamento anualmente a partir de 35 anos de idade. A OMS recomenda uma cobertura mínima de mamografia de rastreamento realizada em mulheres de 50 a 69 anos de 70%, para assim ocorrerem impactos na mortalidade.

No caso das mulheres que apresentarem sinais e sintomas nas mamas e que não se enquadram nos critérios para realização da mamografia bilateral de rastreamento ou estejam no intervalo do rastreamento, deverão ser encaminhadas para a atenção secundária ambulatorial para realização da mamografia diagnóstica ou alguma propedêutica específica.

Importante mencionar que a mamografia é o primeiro exame da propedêutica do câncer de mama, sendo necessária a realização de outros procedimentos quando constatada alguma anormalidade conforme caso clínico com o objetivo de uma melhor elucidação e uma conduta mais precisa.

Nessa propedêutica mamográfica adicional poderá haver necessidade de outras incidências como a magnificação para melhor estudo das microcalcificações, ou da compressão localizada na análise adicional de nódulos, assimetrias focais, assimetrias regionais, ou distorções de arquitetura.

Importante recurso complementar à mamografia e ao exame clínico é a Ultrassonografia Mamária que tem como principais aplicações:

- estudo de massas palpáveis;
- complemento de mamografias duvidosas (assimetrias focais, assimetrias regionais, distorções de arquitetura e nódulos mamários);
- avaliação adicional em pacientes com mamas densas e alto risco para câncer de mama;
- monitorização de procedimentos invasivos;

No caso da identificação de lesões não palpáveis e com baixo potencial de risco de malignidade, é recomendada seguimento clínico imagiológico em curto espaço de tempo (6 meses) ou investigação diagnóstica.

Quanto às lesões com alto potencial de risco de malignidade é primordial a investigação diagnóstica por meio de procedimentos minimamente invasivos, tais como a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) e Core-Biopsy, ou por meio de biópsias cirúrgicas em conformidade com a disponibilidade do método e da característica da lesão.

Quando há impossibilidade de investigação pelas técnicas minimamente invasivas, a mesma pode ser executada por meio de biópsias cirúrgicas guiadas por marcação pré-cirúrgica, a fim de ressecar a área e estabelecer um diagnóstico definitivo.

De acordo com as alterações mamárias identificadas, são propostas as seguintes condutas:

- Nódulos palpáveis suspeitos: *core biopsy* guiado por palpação
- Nódulos palpáveis não suspeitos: *core biopsy* ou PAAF guiado por palpação
- Nódulos não palpáveis suspeitos e lesão > 1 cm: *core biopsy* guiado por ultrassonografia
- Nódulos não palpáveis suspeitos e lesão < 1 cm: biópsia cirúrgica guiada por agulhamento prévio ou biópsia por agulha grossa guiada por ultrassom, dependendo da viabilidade técnica de cada caso
- Nódulos não palpáveis não suspeitos e lesão > 1 cm: *core biopsy* ou PAAF guiado por ultrassonografia

- Nódulos não palpáveis não suspeitos e lesão < 1 cm: PAAF guiado por ultrassonografia ou seguimento ecográfico semestral a cada 6 meses durante 2 anos
- Microcalcificações suspeitas: marcação pré-cirúrgica e biopsia excisional
- Microcalcificações provavelmente benignas: seguimento radiológico a cada 6 meses por um período de tempo de 3 anos
- Outras alterações: análise do grau de suspeição e definição do tipo de abordagem a ser seguido

No contexto da pandemia da COVID-19, é necessária a manutenção das ações da propedêutica do câncer de mama para os casos em que a mulher apresenta sinais e sintomas nas mamas ou alteração do exame de rastreamento para conclusão diagnóstica em tempo oportuno. Além disso, é necessário manter em vigilância epidemiológica os casos em que as mulheres que pertencem ao grupo de risco para câncer de mama de forma que realizem as ações de rastreamento no período indicado.

Ademais, é importante a continuidade da execução da mamografia bilateral de rastreamento de forma a identificar alterações em mulheres assintomáticas em tempo hábil, respeitando as condições de risco individual no momento de pandemia, sobretudo em mulheres a partir de 60 anos de idade.

Segue abaixo a estratificação de risco com o intuito orientador, conforme resultado do exame de mamografia e/ou sinais e sintomas:

MUITO ALTO E ALTO RISCO

- BIRADS 4
- BIRADS 5
- Achados clínicos de alta suspeição

MÉDIO RISCO

- BIRADS 0

É necessário incentivar a interface entre a APS e a Atenção Especializada para agendamento em tempo oportuno, prioritariamente, do BIRADS 4 e 5, assim como para os achados clínicos de alta suspeição. Diante das alterações constatadas, é necessário dar o suporte à mulher e manter a vigilância no processo de conclusão

diagnóstica e no encaminhamento da mulher aos serviços oncológicos de tratamento quando confirmado o câncer.

No caso do resultado do exame de mamografia ter classificação de BIRADS 0, deverá ser agendada a complementação diagnóstica pela APS e poderá ser utilizada a ferramenta de telemonitoramento quanto a orientações e suporte à mulher. É importante repassar segurança à mulher quanto ao resultado do exame e que não há confirmação de alteração na mama pela mamografia sendo necessário exames complementares.

BAIXO RISCO

- BIRADS 1
- BIRADS 2
- BIRADS 3 - seguimento semestral

Para evitar o deslocamento da mulher na APS, o resultado do exame e orientações poderão ser repassadas via telemonitoramento.

d. RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) impactou os sistemas de saúde em todo o mundo. Os procedimentos eletivos, incluindo o rastreamento de câncer, foram suspensos na maioria dos países pela necessidade de priorização das urgências e redução do risco de disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) nos serviços de saúde.

À medida que a pandemia evolui persistem incertezas que desafiam a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, pois em alguns locais do Brasil as restrições começam a diminuir e, conseqüentemente, os serviços de saúde passam a avaliar se devem voltar a oferecer procedimentos eletivos, tais como o rastreamento de câncer .

Pela heterogeneidade da situação da pandemia por COVID-19 no Brasil, não é possível adotar uma recomendação única a esse respeito.

Como regra geral, é recomendável que, ao considerar o retorno das ações de rastreamento, os gestores de saúde levem em conta:

- 1- indicadores locais a respeito de incidência de COVID-19,
- 2- disponibilidade de testes para confirmação da infecção,

- 3- mortalidade pela doença,
- 4- disponibilidade de leitos de terapia intensiva e letalidade dos casos de COVID-19.

Deve ser preservada a segurança de indivíduos e profissionais de saúde de acordo com os protocolos de medidas de prevenção e proteção relativas aos efeitos da pandemia da COVID-19. Nesse sentido as seguintes recomendações devem ser observadas:

- 1 - De forma geral as consultas devem ser agendadas previamente, seguindo as indicações de periodicidade e faixa-etária;
- 2 - As usuárias devem ser reorientadas a reagendar a consulta caso estejam com sinais e sintomas suspeitos de COVID-19;
- 3 - As usuárias devem ser triadas para sinais e sintomas relacionados à COVID-19 antes de chegarem à sala de espera para o atendimento;
- 4 - O distanciamento físico deve ser estimulado, organizado e monitorado por profissionais da unidade de saúde treinados, para evitar aglomerações nas salas de espera e nas áreas de atendimento;
- 5 - Deve haver limitação para entrada de acompanhantes na unidade de saúde;
- 6 - O ambiente, as superfícies e os equipamentos deverão ser desinfetados e limpos regularmente;
- 7 - Usuárias e profissionais de saúde devem usar máscara facial e lavar frequentemente as mãos;
- 8 - Profissionais de saúde devem utilizar equipamento de proteção individual (EPI) segundo orientação específica.
- 9 - As unidades de saúde devem agendar consultas de seguimento, evitando idas desnecessárias das usuárias às unidades de saúde para fins de marcação de novas consultas.

1) Rastreamento do câncer de colo do útero: Intervalo mínimo para rastreamento durante a pandemia por Covid-19

Enfatiza-se a importância da periodicidade do exame citopatológico, uma vez que este poderá detectar facilmente modificações celulares que podem evoluir para o câncer. Sendo que essas modificações são curáveis na maior parte dos casos. Por isso, a questão do tempo nestes casos é primordial. Importante salientar que os

gestores e serviços de saúde deverão se organizar para ofertar os principais exames para o fechamento do diagnóstico em tempo hábil, independente da pandemia de COVID-19.

O reinício do rastreamento de câncer demanda uma análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico no contexto local, a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde e o histórico pessoal dos usuários. É aconselhável contrabalançar individualmente o risco de adiamento do rastreamento de câncer e o risco de contágio com o novo coronavírus, desenvolvimento da COVID-19 e fatores prognósticos associados a piores desfechos.

Ainda, em manifestação à Secretaria de Estado de Saúde, a Comissão de PTGI da SOGIMIG afirma que, como a situação da pandemia é dinâmica, caso necessária nova interrupção dos serviços eletivos por mudança no perfil epidemiológico da pandemia por COVID-19, com aumento do número de casos e óbitos pela doença, o rastreamento de câncer de colo uterino pode ser adiado por até 6 a 12 meses. Entretanto, no cenário em que ocorre diminuição do número de casos novos de coronavírus, bem como a flexibilização do isolamento social, recomenda-se o retorno de atendimento às mulheres para fins de rastreamento citológico do colo uterino, obedecendo-se estritamente as determinações das diretrizes quanto à população alvo e periodicidade de coleta dos exames. Tal retorno deve ser feito de forma organizada e gradual, sendo importante a prevenção de superlotação e aglomerações em futuro próximo.

Nesse momento, é ainda mais importante desencorajar práticas de rastreamento fora da população-alvo e da periodicidade recomendadas. Recomenda-se o exame citopatológico em mulheres entre 25 e 64 anos. Após dois exames iniciais anuais negativos o exame deverá ser coletado a cada três anos. A realização de rastreamento de câncer de colo do útero fora dessas recomendações traz mais riscos do que benefícios, o que se agrava ainda mais nesse período de pandemia.

Ademais, deve ser preservada a segurança de indivíduos e profissionais de saúde de acordo com os protocolos de medidas de prevenção e proteção relativas aos efeitos da pandemia da COVID-19.

A presença de acompanhante para consultas ginecológicas segue o critério de apenas um acompanhante nos casos de incapacidade da paciente, bem como nos casos

previstos em lei. Essa é uma medida importante para a redução de riscos de contaminação pelo SARS-CoV-2 para a própria usuária, seus familiares e profissionais da saúde. Esta orientação deve ser sempre explicada à paciente, respeitando sua autonomia dentro dos limites das medidas de prevenção do hospital e dos órgãos de saúde.

2) Acompanhamento de mulheres com lesão de baixo grau de colo uterino

Mulheres com resultados de testes de rastreamento anormais prévios à pandemia devem ser localizadas, inclusive por busca ativa, e priorizadas para confirmação diagnóstica. No caso da presença de sinais ou sintomas de câncer um profissional ou serviço de saúde deve ser consultado imediatamente com prioridade com relação às consultas para fins de rastreamento.

Devido à pandemia do COVID-19 e em locais onde todas as consultas e procedimentos eletivos foram suspensos, como orientação provisória, em 19 de março de 2020, a ASCCP ((Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical) liberou uma nota com orientações para o cronograma dos procedimentos de diagnóstico e tratamento para mulheres com testes de triagem cervical anormais que foi acatada pela Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e pelo Comitê de Especialidades de Patologia do Trato Genital Inferior da SOGIMIG e são descritas a seguir:

2.1 Acompanhamento de mulheres com lesão de baixo grau do colo uterino

- Mulheres de qualquer idade, apresentando um teste de rastreamento do câncer de colo uterino (citopatologia oncológica) mostrando lesão de baixo grau (ASCUS e LSIL) podem adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
- Mulheres de qualquer idade apresentando dois testes de rastreamento do câncer de colo uterino (citologia oncológica) realizados com intervalo de 6-12 meses mostrando lesão de baixo grau (ASCUS e LSIL) podem adiar as avaliações diagnósticas (colposcopia e biópsia) por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
- Mulheres entre 25 a 64 anos que tenham apresentado teste de HPV de alto risco (captura híbrida ou PCR) positivo com citologia cervical normal podem aguardar 6 a 12 meses para a realização de nova coleta de citologia oncológica. As avaliações

diagnósticas (colposcopia e biópsia) podem ser adiadas por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.

- Mulheres, de qualquer idade, apresentando resultado histopatológico em peça de cirurgia de alta frequência mostrando lesão de baixo grau (NIC I) podem adiar as avaliações de acompanhamento (citologia, colposcopia e biópsia) por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior. O encaminhamento da paciente para o serviço de atenção secundária com a finalidade de realização de colposcopia e biópsia por motivo de Teste de Schiller positivo (na vigência de um exame citopatológico normal) não constitui recomendação formal para encaminhamento, segundo as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer Cervical.

O uso da telemedicina pelos serviços pode constituir estratégia interessante para comunicação com as pacientes sem a necessidade de seu deslocamento até a unidade de saúde de referência. Por este meio, podem ser dadas as devidas orientações referentes à comunicação de resultado de exame citológico realizado, adiamento dos atendimentos e outras no intuito de tranquilizar a paciente sobre o seu estado de saúde. Idealmente, esses serviços devem ter um centro de dados de todas as pacientes que aguardam um momento oportuno para atendimento, para que as mesmas sejam chamadas através de busca ativa para dar continuidade ao acompanhamento/tratamento conforme necessidade.

2.2 Acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau de colo uterino, vulva ou vagina

- Mulheres com exames de rastreamento do câncer de colo uterino (citologia oncológica) mostrando lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H, HSIL, AGC) devem ser avisadas e o profissional de saúde deve registrar em prontuário essa comunicação. O encaminhamento para avaliação diagnóstica com colposcopia e biópsia deve ser agendada dentro de, no máximo, 3 meses.

- Mulheres com biópsia de colo uterino mostrando doença cervical de alto grau (NIC II e III) sem suspeita de doença invasiva devem ser avisadas e o profissional de saúde deve registrar em prontuário essa comunicação. Procedimentos cirúrgicos de comprovação diagnósticas e tratamento devem ser agendados dentro de no máximo 3 meses.

- Mulheres com lesão vulvar ou vaginal de alto grau (VAIN 2 e 3; NIV 2 e 3 e NIV diferenciado) devem ser avisadas e o profissional de saúde deve registrar em

prontuário essa comunicação. Encaminhamentos para avaliação especializada em serviço de atenção secundária podem ser adiados em até 3 meses.



- Seguimento após tratamento para doença de alto grau não deve ser postergado. Mulheres em pós operatório devem ser avaliadas quando necessário, agendando consulta e evitando a aglomeração em salas de espera nos consultórios.

3) Encaminhamento de mulheres com alta suspeição de câncer cervical, vulva ou vagina durante a pandemia por Covid-19

Mulheres com suspeita de doença invasiva ou com diagnóstico histopatológico por biópsia, de doença invasiva de colo, vulva ou vagina e que necessitam de encaminhamento para tratamento excisional para confirmar o diagnóstico devem ser contactadas e submetidas a avaliação em no máximo 2-4 semanas a partir do diagnóstico ou encaminhamento inicial. Pacientes com início súbito de sintoma fortemente sugestivo de malignidade do trato genital inferior devem ser encaminhadas e avaliadas em 2 a 4 semanas. Pacientes com diagnóstico histopatológico de doença invasiva depois de um procedimento excisional de colo e vagina ou biópsia ou excisão de lesão de vulva que precisam de avaliação do estágio clínico da doença e planejamento de tratamento definitivo devem ser encaminhadas e avaliadas em 2 a 4 semanas.

Recomendação de encaminhamento e conduta em tempos de Covid-19 diante de resultados de exames citopatológicos indicando alterações em relação ao rastreamento de câncer de colo do útero:

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial em Atenção Primária	Conduta em Atenção Primária em tempos de COVID-19
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC)	Possivelmente e não neoplásicas (ASC- US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos	Adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo

				anterior.
		Entre 25 e 29 anos	Repetir citologias em 12 meses	Adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
		≥ 30 anos	Repetir citologias em 6 meses	Adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia	Encaminhamento para colposcopia pode ser adiado no máximo 3 meses
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente e não neoplásica (AGUS) ou não se podendo afastar lesão de alto grau (AGC_H)		Encaminhar para colposcopia	Encaminhamento para colposcopia pode ser adiado no máximo 3 meses
Células atípicas de origem indefinida (AOI)			Encaminhar para colposcopia	Encaminhamento para colposcopia pode ser adiado no máximo 3 meses

Lesão de baixo LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos	Adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses	Adiar o acompanhamento citológico por até 6 a 12 meses a contar da data de coleta do exame preventivo anterior.
Lesão de alto grau(HSIL)			Encaminhar para colposcopia	Encaminhamento para colposcopia pode ser adiado no máximo 3 meses.

4) Administração de vacina para HPV e outras orientações em tempos de pandemia por COVID-19

Mulheres em vacinação ou com prescrição da vacina contra o HPV devem aguardar o momento em que os órgãos de saúde oficiais liberarem o isolamento social para dar continuidade ao esquema vacinal.

Mulheres com condilomas vulvares devem aguardar a liberação do isolamento social, se possível, ou ter a consulta agendada evitando a aglomeração em salas de espera nos consultórios. Deve ser avaliado o grau de compreensão da mulher, o nível de ansiedade da mesma e o risco de perda de seguimento.

Todas essas recomendações não devem ser consideradas diretrizes de manejo definitivas e reconhecem que alguns indivíduos com testes anormais de rastreamento do câncer do colo do útero e achados histológicos de lesão exigirão uma revisão caso a caso.

Essas diretrizes estão sujeitas a alterações devido à fluidez do ambiente de saúde. Os profissionais de saúde devem continuar usando os protocolos de rastreamento para garantir que mulheres com resultados anormais possam ser chamadas quando as preocupações com o COVID diminuïrem a ponto dos atendimentos de rotina para problemas não essenciais serem restabelecidos.

Uma vez contido o surto de COVID-19, as mulheres devem ser novamente tratadas de acordo com os padrões de colposcopia da ASCCP.

REFERÊNCIAS

1. **ASCCP Interim Guidance for Timing of Diagnostic and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests** – 19/03/2020. Disponível em: <https://www.asccp.org/covid-19> (acessado em 22/09/2020)

2. BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colo do Útero**. 2ª edição revista, ampliada e atualizada. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

4. FACULTY OF SEXUAL E REPRODUCTIVE HEALTHCARE OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS E GYNAECOLOGISTS. Essential Services in Sexual and Reproductive Healthcare. Disponível em: <http://www.fsrh.org>.

5. FACULTY OF SEXUAL E REPRODUCTIVE HEALTHCARE OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS E GYNAECOLOGISTS. Provision of contraception by maternity services after childbirth during the Covid-19 pandemic. Disponível em: <http://www.fsrh.org>.

6. FEBRASGO. Posicionamento sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/es/covid19/item/1052-posicionamento-febrasgo>.

7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p. Disponível em

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//capa-diretrizes-deteccao-precoce-cancer-mama.jpg>.

8. Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM *et al.* **Alterações maternas e desfecho gravídico puerperal na ocorrência de óbito materno.** *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2017.

9. Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS: **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19.** Disponível em: https://www.google.com/url?q=http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf&sa=D&ust=1601985339309000&usg=AFQjCNEI5PogT5QCeWU9j2n3q9NP9ejHsg (acessado em 22/09/2020).

10. Nota Técnica - DIDEPRE/CONPREV/INCA - 09/07/2020. Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19. Disponível em Nota Técnica - DIDEPRE/CONPREV/INCA - 09/07/2020. Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19 (acessado em 22/09/2020).

11. Nota Técnica - DIDEPRE/CONPREV/INCA - 30/3/2020. **Deteção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//notatecnica-deteccaoprecoce.pdf> (acesso em 22/09/2020).

12. Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 53/2020 - 23/06/2020. **Orientações sobre propedêutica do colo do útero e da mama na vigência da pandemia de Covid-19.** Disponível em: <https://www.cosemsg.org.br/site/Arquivos/PDF/notacoes53.pdf> (acessado em 22/09/2020).

13. Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 54/2020 - 24/06/2020. **Organização dos Serviços e Ações de Planejamento Reprodutivo no Estado de Minas Gerais durante a pandemia de Covid-19.** Disponível em: <http://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/24-06-Nota-Tecnica-COES-N54.pdf> (acessado em 06/10/2020).

14. PAHO. **Considerations for the Reorganization of Cancer Services during the COVID-19 Pandemic.** Pan American Health Organization (PAHO); 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52263> (acesso em 22/09/2020).

15. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil.** Florianópolis, 2019. Disponível em

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>.



4.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com – RCPD, no âmbito do SUS, foi instituída inicialmente pela Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, dispondo sobre as diretrizes de seu funcionamento e instituindo os Centros Especializados de Reabilitação – CER, serviços que assistem a mais de uma modalidade de reabilitação, podendo ser classificados como: CER II (duas modalidades de reabilitação), CER III (três modalidades de reabilitação) e CER IV (quatro ou mais modalidades de reabilitação). Essa Portaria Ministerial foi revogada, e atualmente a RCPD é normatizada pela Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 e no SUS-MG também pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 1272/2012, determinando inclusive que aqueles serviços credenciados previamente pelo Estado de Minas Gerais, como serviços de assistência à pessoa com deficiência de modalidade única (intelectual, física/ostomia, auditiva, visual) integrariam a RCPD.

A RCPD é constituída por serviços com diferentes densidades tecnológicas e níveis de atenção à saúde, que devem ser articulados entre os pontos da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada e Terciária.

Os serviços de atenção especializada da RCPD devem garantir o atendimento integral aos seus usuários, realizando minimamente: avaliação multiprofissional e diagnóstica, assim como reabilitação. Exames complementares, seleção, adaptação e concessão de órteses e próteses são realizados apenas pelos serviços da reabilitação auditiva, física e visual. De acordo com a Portaria de Consolidação nº3/2017, os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão regras de funcionamento, dentre elas:

- I - Melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;

II - Estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada território.

A equipe mínima necessária para atuação nestes serviços é composta por: enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e pedagogos. Cada modalidade de reabilitação tem suas equipes definidas nas legislações vigentes.

O Estado de Minas Gerais conta também com 04 Oficinas Ortopédicas Fixas e 01 Oficina Itinerante Terrestre, com o objetivo de fornecer Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) aos usuários elegíveis, bem como orientá-los sobre a importância e utilização das mesmas.

Atualmente a RCPD de Minas Gerais conta com 327 serviços, entre ambulatoriais e hospitalares, sendo eles: 27 CER, 154 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual – SERDI, 18 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva – SASA, 15 Serviços de Reabilitação Física, 04 Serviços de Reabilitação Visual, 35 Serviços de Atenção à Saúde à Pessoa Ostomizada – SASPO, 04 Implante Coclear, 01 serviço de referência para Fonoaudiologia descentralizada e 69 SRTAN.

Diante da apresentação de pontos importantes da RCPD e o cenário atual que vivemos, ressalta-se que a COVID-19 é uma doença respiratória infecciosa com clínicas variadas e comprometimentos multissistêmicos que dependendo da gravidade da infecção requer períodos prolongados de internação hospitalar com necessidade de suporte ventilatório em unidades de terapia intensiva.

A clínica infecciosa da doença associada ou não com as internações hospitalares pode impactar negativamente na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas que se recuperaram da COVID-19. Dentre os comprometimentos pode-se citar fadiga muscular intensa, dispneia, sarcopenia, dor, deficiências nutricionais importantes, disfagias, deficiências cognitivas, alterações psicológicas, entre outras. Geralmente as formas mais graves da doença estão associadas ao maior comprometimento funcional. Portanto, os profissionais de saúde com expertise na área de reabilitação possuem papel de extrema importância nesse momento para contribuir de maneira eficiente e positiva na melhora da funcionalidade desses pacientes que após infecção pelo SARS-COV-2 necessitam da reabilitação como forma de possibilitar a integralidade dos cuidados em saúde.

Nessa perspectiva, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), responsável pela reabilitação permanente, temporária ou intermitente passa a ter um protagonismo importante das ações de enfrentamento da COVID-19. Serviços de modalidade única da reabilitação física, da reabilitação intelectual e os Centros Especializados em Reabilitação são os serviços que possuem a melhor estrutura para a reabilitação dessa população, considerando as equipes multiprofissionais, estrutura física e equipamentos disponíveis. Nesse sentido, considerando a demanda de cada região, recomenda-se que os gestores municipais organizem suas redes de reabilitação própria ou conveniada para que também possam ofertar atendimento aos pacientes infectados pelo SARS-COV-2 que requerem reabilitação para recuperação da funcionalidade e melhora da qualidade de vida, articulando fluxos assistenciais para garantir o atendimento no tempo oportuno.

Diante deste cenário incerto em relação a vacinação e imunização da população, compreendemos a necessidade de retomada gradativa dos atendimentos às pessoas com deficiência, considerando as medidas preventivas e de segurança necessárias aos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços, a fim de minimizar os prejuízos no processo de reabilitação.

"Os hospitais salvam a vida, mas é a reabilitação quem devolve a vida para a sociedade"

Autor desconhecido

4.3.1 Programas de Intervenção Precoce

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como um de seus objetivos específicos desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

Todo programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início no período que engloba os três primeiros anos de vida, nos quais se espera observar o desenvolvimento de algumas habilidades cognitivas e sociais, bem como certos marcos de aquisição de linguagem. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma janela de oportunidades para o estabelecimento das funções que irão repercutir em boa saúde e produtividade ótima no futuro (BRASIL, 2016). Sendo assim, a intervenção tardia pode ser fator de prejuízos ao indivíduo e por isso é considerada neste Guia como prioritária.

Diante dessas considerações, o SUS-MG possui dois (02) Programas de Intervenção Precoce: Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA, voltado para assistência à pessoa com deficiência intelectual e o Programa de Triagem Auditiva Neonatal – TAN, direcionado à pessoa com deficiência auditiva.

a. Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA

Instituído em 19 de março de 2013, pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1404, o programa tem como objetivo a captação precoce das crianças e bebês de risco para o desenvolvimento da deficiência intelectual, que apresentem atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou que possuam a deficiência intelectual diagnosticada.

Fundamentada pelos conhecimentos da neurociência e neuroplasticidade, a intervenção precoce dessas crianças permite progressos maiores diante das condições clínicas apresentadas, com consequente aumento da autonomia, inserção social e qualidade de vida dos usuários.

Este programa é destinado aos serviços da RCPD que possuam atendimento às pessoas com deficiência intelectual, sejam os serviços de modalidade única como os SERDI ou os CER com a modalidade intelectual.

Para os bebês e crianças contemplados na Intervenção Precoce I e II do Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA, a avaliação sobre a modalidade de atendimento (presencial ou remota) deverá ser criteriosa e multiprofissional, cabendo a avaliação caso a caso e respeitando o estabelecido no PTI do paciente.

b. Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal – PETAN



Instituído em Minas Gerais em 2007, por meio da Resolução SES/MG nº 1.321, de 18 de outubro de 2007, revogada pela Resolução SES/MG nº 6.814, de 21 de agosto de 2019. O objetivo do PETAN é realizar a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos primeiros 30 dias de vida nos recém-nascidos e realizar o reteste dos recém-nascidos com exame alterado na triagem. A realização da TAN se dá nos Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal (SRTAN) que são unidades hospitalares ou ambulatoriais da rede pública ou conveniada ao SUS-MG, que disponha de instalações físicas apropriadas, com equipamentos básicos e recursos humanos especializados e credenciadas junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Ao falhar na triagem e no reteste, a criança é encaminhada ao Serviço de Diagnóstico da deficiência auditiva. Caso seja confirmada, será encaminhada ao serviço de Atenção à Saúde Auditiva ou ao CER com a modalidade de reabilitação auditiva de sua referência para início imediato das intervenções.

O diagnóstico precoce da deficiência auditiva em crianças, e o início da intervenção, o mais cedo possível, são apontados como determinantes no desenvolvimento auditivo e de linguagem, com importantes implicações no processo de inclusão social e desempenho comunicativo. Ainda segundo eles, a audição é configurada como fator fundamental para o desenvolvimento global do indivíduo. É por meio dela que o ser humano adentra o mundo sonoro, permitindo que o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem ocorra.

c. Recomendações para as ações de Intervenção Precoce



- Trabalhar de modo integrado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a lógica de rede, garantindo a continuidade do cuidado qualificado às crianças e suas famílias;
- Os atendimentos relacionados a Triagem Auditiva Neonatal e os acompanhamentos aos Neonatos de Risco - NR do Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA deverão ser prioritariamente mantidos, sendo elegível como atendimento inadiável;
- Os SRTAN deverão elaborar proposta para busca ativa e avaliação das crianças que não foram triadas ou que tenham falhado no processo teste/reteste, ou não tenham sido encaminhadas para diagnóstico após falha;
- Intensificar as orientações junto às equipes da APS para verificar na caderneta da criança se as triagens neonatais foram realizadas. No caso de não terem sido realizadas ou apresentarem alterações, encaminhar aos serviços especializados de referência.
- Os serviços que realizam os procedimentos de triagem auditiva neonatal no ambiente ambulatorial devem se adequar para realizá-los nas maternidades, antes da alta hospitalar, sempre que possível;
- As maternidades de referência dos serviços de reabilitação intelectual vinculados ao PIPA devem priorizar o encaminhamento dos usuários diretamente aos serviços de estimulação precoce de forma a não retardar as intervenções necessárias. Os serviços de reabilitação por sua vez, devem notificar sempre às Juntas Reguladoras a inclusão de novos usuários;
- O encaminhamento aos serviços vinculados ao PIPA devem ser feitos mediante os fluxos pré-estabelecidos entre os mesmos e a Junta Reguladora do município;
- Sugere-se que a primeira avaliação do usuário seja feita prioritariamente na modalidade de atendimento presencial. A modalidade de atendimento para a continuidade do cuidado ficará a critério da equipe multidisciplinar que realizou o primeiro atendimento.
- As intervenções de estimulação precoce, quando presenciais, devem ser realizadas de forma que ofereça segurança ao paciente e ao profissional, conforme os protocolos de biossegurança;
- Quando o atendimento ocorrer na modalidade remota, sugere-se que as intervenções sejam adaptadas para o contexto, utilizando-se de estratégias de comunicação (vídeos, áudios, mensagens de texto, dentre outros);
- Promoção da saúde através de atividades e brincadeiras que contemplem as percepções sensório-motoras;

- Os profissionais da reabilitação devem fomentar o envolvimento da família no processo de estimulação e na continuidade do cuidado;
- Apresentar e discutir orientações terapêuticas aos pais ou responsáveis conforme o previsto no PTI do paciente.
- Orientar a família quanto à importância de um ambiente estimulador. As trocas de posição, troca de roupa, oferta de brinquedos, banho, devem ser acompanhados de estímulos verbais, sonoros e táteis. (BRASIL, 2016 a.)
- Conferir com a família ou responsável a existência de brinquedos e objetos que possam auxiliar no desenvolvimento da criança em ambiente doméstico;
- Na ausência de brinquedos e objetos pré-fabricados, recomenda-se a confecção dos mesmos, utilizando-se de artefatos de diferentes cores, texturas e ruídos que sejam de fácil execução e aquisição pela família. Nesse caso, é importante observar os possíveis riscos apresentados pelos materiais utilizados de forma que assegure a segurança do paciente. (BRASIL, 2016, a)
- Orientação para a realização de atividades táteis e proprioceptivas, de forma a promover a interação e reforçar os laços afetivos. Como exemplo, a Massagem Shantala. (BRASIL, 2016 a)

4.3.2 Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Segundo Rocha e Lucena 2018, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é adotado como um dispositivo de cuidado que se insere no contexto interdisciplinar para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social. Este dispositivo é utilizado como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, nos diferentes níveis de atenção, assim como no contexto das residências multiprofissionais em saúde, além de estabelecer interconexões dos serviços dentro da rede de atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como uma das suas diretrizes o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular que deve ser produzido, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias

assistivas, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

Houve mudança de configuração dos atendimentos em tempos de COVID-19 nos serviços que compõem a RCPD. Os profissionais reabilitadores dos serviços tiveram que se reinventar para transformar e transferir seu atendimento presencial para o mundo digital. Isso permitiu que os vínculos entre familiares e terapeutas se mantivessem durante a suspensão parcial ou total dos atendimentos presenciais. Começou assim a assistência remota principalmente nos casos das crianças em processo de (re)habilitação.

Nesse contexto, como ferramenta para a retomada consciente dos atendimentos, é recomendado que as equipes de saúde reavaliem o PTI de cada usuário para definir a melhor terapêutica, considerando atendimentos presenciais ou remotos. Cabe ressaltar que esta definição também deverá contar com a avaliação do risco do paciente para a infecção pela COVID19. Considerando o período em que algumas instituições da RCPD permaneceram com seus atendimentos interrompidos integral ou parcialmente, o PTI poderá auxiliar as equipes dos serviços da RCPD na retomada dos atendimentos observando o grau de necessidade de cada usuário atendido.

Com o objetivo de sustentar a decisão dos serviços no que se refere à revisão dos PTI, sugere-se:

- Modalidade de atendimento presencial: o PTI deverá ser reelaborado de acordo com a reavaliação do paciente no primeiro atendimento e associado ao protocolo clínico setorial.
- Modalidade de atendimento remoto: o PTI deverá ser reajustado de acordo com o monitoramento realizado, baseado no PTI pré-existente e associado ao protocolo clínico setorial.

4.3.3 Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Os serviços especializados em reabilitação da RCPD devem constituir-se em serviços de referência regulados, que funcione segundo uma base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência. Nesse sentido, no SUS-MG

os referidos serviços são regulados pelas Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que são comissões de profissionais designados pelos Gestores Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, responsáveis pela articulação da Rede de Cuidados na microrregião de saúde, bem como pelo desenvolvimento de ações e estratégias que qualifiquem a assistência, promovendo a equidade de acesso, organização de fluxos assistenciais, fomento às ações de intervenções precoces e de capacitações entre os diferentes pontos de atenção, além de outras atribuições constantes na Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014. As Juntas Reguladoras devem ser instituídas em todos os municípios sede de Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou qualquer outro ponto de atenção do componente especializado da RCPD.

Destaca-se o papel importante das Juntas Reguladoras neste momento de Calamidade pública pelo SARS-CoV-2, novo coronavírus causador da Covid-19 na RCPD, visto a suspensão parcial ou total dos atendimentos presenciais e a necessidade de discussão nos territórios sobre a retomada gradual dos atendimentos presenciais, o monitoramento dos serviços e sistemas logísticos e ações de busca ativa de usuários elegíveis para a RCPD junto à APS e Hospitais. Nesse sentido, recomendam-se algumas ações que devem ser conduzidas pelas Juntas Reguladoras e realizadas juntamente com os serviços de saúde com apoio dos gestores municipais:

- Realizações de reuniões para alinhamento do retorno gradual com todos os serviços vinculados à sua gestão;
- Análise dos relatórios de atividades emitidos mensalmente pelos serviços para Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG) no período de calamidade pública;
- Leitura dos Guia de Biossegurança para Retomada dos Serviços Ambulatoriais em Tempos da Pandemia por COVID-19- CUIDA DE MINAS e Guia de Orientações para Organização do Transporte Sanitário Eletivo na Retomada dos Serviços Eletivos Segundo as Recomendações de Biossegurança no Contexto da Pandemia pelo COVID-19- CUIDA DE MINAS- para discussão junto aos serviços e demais municípios referenciados sobre a organização das agendas e disponibilidade do transporte sanitário;
- Articulação com os Hospitais e APS para encaminhamento dos usuários elegíveis para o atendimento presencial;

- Articulação com a APS e Hospitais para ações de busca ativa de usuários que não foram encaminhados aos serviços até o momento em razão da suspensão total ou parcial dos atendimentos presenciais;
- Avaliação dos casos represados nesse período já com prescrição de OPM que se encontram disponíveis para adaptação no serviço de reabilitação e discutir com as equipes de saúde os agendamentos desses usuários;
- Fomento junto às equipes de saúde para a realização dos atendimentos remotos na impossibilidade do atendimento presencial.

4.3.4 A pessoa com deficiência e o risco de contrair a COVID-19

Entende-se que a deficiência por si só não é fator de risco para o desenvolvimento das formas mais graves da COVID-19, contudo, chama-se atenção para os casos em que a pessoa se enquadra nos critérios de risco estabelecidos: existência de doenças crônicas preexistentes e pessoas com idade acima de 60 anos, conforme exposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Entretanto, pessoas com deficiência podem ter maior risco de contrair a COVID-19, pelas seguintes razões: obstáculos à implementação de medidas básicas de higiene, tais como a lavagem das mãos (por exemplo, as pias ou lavatórios podem ser fisicamente inacessíveis, ou a pessoa pode ter uma dificuldade física em esfregar as mãos adequadamente); dificuldade em manter o distanciamento social devido a necessidades adicionais de apoio ou porque são pessoas que se encontram em instituições de saúde; necessidade de encostar nos objetos para obter informações sobre o ambiente ou para se apoiar fisicamente e dificuldades no acesso a informações de saúde pública.

Considerando a vulnerabilidade das pessoas com deficiência e o risco da ocorrência de um surto de COVID-19 nos serviços da RCPD, medidas de segurança devem ser adotadas e reforçadas, de forma a garantir maior proteção às pessoas com deficiência e demais usuários. Diante disso, medidas de segurança devem ser adotadas e reforçadas cotidianamente de forma a garantir maior proteção aos usuários dos serviços da RCPD e às pessoas com deficiência em geral, no que se refere aos comportamentos no domicílio, nos ambientes urbanos, nos serviços de saúde e nas relações com familiares, cuidadores, profissionais de saúde e sociedade em geral.

Essas medidas devem considerar o tipo de deficiência apresentada por cada indivíduo, sua condição clínica, a rede de apoio necessária, a modalidade de

atendimento necessária (presencial, remoto, domicílio), a periodicidade de atendimentos multiprofissionais, a forma de deslocamento do usuário até o serviço e suas necessidades gerais frente ao isolamento social estabelecido durante a situação de calamidade pública instituída em Minas Gerais. Além disso, deve-se atentar para as alterações que os fatores citados acima podem sofrer ao longo do tempo, acentuando a necessidade de acompanhamento e revisão constante do Plano Terapêuticos Individualizado (PTI) pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de cada usuário.

4.3.5 A avaliação da pessoa com deficiência no contexto biopsicossocial

Atualmente o constructo da deficiência é formado a partir da expressão das limitações no funcionamento individual dentro de um contexto social representando assim uma desvantagem substancial para o indivíduo. Desta forma, esse conceito evoluiu para enfatizar uma perspectiva ecológica que se concentra na interação pessoa-ambiente e reconhece que a sistemática aplicação de suportes individualizados pode melhorar o funcionamento humano (Shalock, 2007).

Por causa destes fatores, o conceito de incapacidade evoluiu de um traço ou característica centrado na pessoa e na doença para um fenômeno humano com sua gênese em fatores orgânicos e/ou sociais. Esses fatores orgânicos e sociais dão origem a limitações funcionais que refletem uma incapacidade ou restrição tanto no funcionamento pessoal quanto no desempenho de papéis e tarefas esperadas de um indivíduo dentro de um ambiente social (Shalock, 2007).

Desta forma, o modelo biopsicossocial assume que há uma complexa interação multidirecional entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, não sendo mais os aspectos orgânicos ou a doença como o fator explicador dos fenômenos e direcionador das políticas públicas.

Considerando a retomada dos atendimentos dos serviços ambulatoriais e hospitalares, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) poderá contribuir para que os profissionais de reabilitação da RCPD consigam identificar condições de saúde, fatores e grau de funcionalidade (se houve perda ou manutenção) dos pacientes que poderão ser atendidos por meio do atendimento remoto ou àqueles que necessitam dos atendimentos presenciais.

Esta classificação não é uma ferramenta que se aplica somente às pessoas com deficiência, mas ela pode auxiliar muito os profissionais da RCPD a avaliarem seus pacientes de maneira a contribuir de forma mais efetiva na avaliação dos usuários.

Diante do exposto, recomenda-se a avaliação da condição clínica/funcional dos usuários da RCPD, de forma a direcionar cada indivíduo à modalidade correta de atendimento (presencial, remoto ou domiciliar) e definir a periodicidade de avaliação profissional.

Segue abaixo a relação das principais condições clínicas apresentadas pelos usuários da RCPD, agrupadas em risco, modalidade e periodicidade de atendimento. Ressalta-se que apesar das recomendações estarem por modalidade de reabilitação, essas devem ser analisadas em conjunto quando o atendimento for realizado para pacientes com deficiências múltiplas.

a) REABILITAÇÃO VISUAL

A Reabilitação Visual será abordada no capítulo Rede de Atenção em Oftalmologia e Serviços de Reabilitação Visual.

b) REABILITAÇÃO FÍSICA/OSTOMIA

Entende-se por serviços de reabilitação física, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Os impedimentos de natureza física podem se caracterizar por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarreta comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresenta sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Recomenda-se que a avaliação para definição da modalidade de atendimento (presencial ou remota) deve ser realizada por meio da equipe multiprofissional e

avaliada a condição clínica do paciente, bem como a capacidade dos familiares/cuidadores de reproduzir os tratamentos orientados para serem feitos em domicílio.

O atendimento à saúde da pessoa ostomizada deverá ser presencial para os pacientes novos e com retorno agendado. Aos usuários do grupo de risco e aos que se recusarem a comparecer presencialmente será oferecida a opção de avaliação por teleatendimento.

Seguem abaixo critérios de risco para subsidiar as ações dos profissionais:

b.1 - Muito Alto Risco

Alguns tratamentos devem ter início imediato, sob pena de terem graves perdas funcionais. Entre as condições que se enquadram nesse tópico estão:

- Aplicação de botox pela primeira vez;
- Paciente jovem politraumatizado com sequela neurológica;
- Pós operatório imediato de alongamento de tendão;
- Doenças neurodegenerativas, lesões ósseas e teciduais recentes;
- Pacientes com lesão neurológica recente, entre 6 meses a 1 ano, que nunca realizaram tratamentos de reabilitação prévios, apresentando limitações funcionais graves ou moderadas, com alto risco de desenvolver deformidades e declínio nas Atividades de Vida Diária - AVDs, incluindo trabalho e participação social, com potencial de ganho funcional;
- Síndrome dolorosa regional complexa;
- Edema grave em conjunto com hemiparesia ou hemiplegia;
- Pacientes com dor na Escala Visual Analógica -EVA- entre 8 e 10;
- Pacientes com sequela cognitiva como perda de memória, função executiva e dispraxia, proveniente de evento agudo ocorrido há até 3 meses;
- Pacientes em fase de alfabetização, com perda funcional significativa das habilidades acadêmicas;
- Desnutrição grave;
- Obesidade grave;
- Pacientes ostomizados;
- Pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico;
- Comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS, Diabetes Mellitus- DM, Insuficiência Renal Crônica- IRC e cardiopatias descompensadas;

- Pacientes com sintomas emocionais e comportamentais iniciados ou agravados após interrupção do tratamento psicológico;
- Disfagia neurogênica com até 3 meses, com uso de via alternativa de alimentação como o uso de sonda nasoentérica, nasogástrica ou gastrostomia e/ou com pneumonias de repetição, e/ou risco de aspiração;
- Paralisia Facial Periférica com até 1 mês de evolução com sequela neurológica;
- Pós operatório de cirurgias reconstrutoras do nervo facial com até um mês;
- Alterações respiratórias graves;
- Doenças neurodegenerativas com diagnóstico recente necessitando de abordagens adaptativas.

No tratamento pediátrico:

- Crianças de 0 a 3 anos, principalmente com doenças degenerativas;
- Crianças até 5 anos em caso de Pectus Excavatum, Pectus Carinatum;
- Escoliose;
- Lesões ósseas e teciduais recentes;
- Pacientes em fase de reabilitação pré protetização em casos de amputação;
- Usuários com quadro de alterações de fala e linguagem entre 7 meses e 1 ano de lesão que não realizaram tratamento prévio com sequela neurológica;
- Atraso no desenvolvimento da linguagem e fala entre 0 e 3 anos;
- Disfagia;
- Alterações respiratórias graves;
- Doenças degenerativas.

b.2 - Alto Risco

Este grupo inclui usuários que devem ter o seu tratamento iniciado assim que for possível, sob pena de terem graves perdas funcionais. São, entre outros:

- Pacientes com lesão neurológica aguda até seis meses, apresentando bom prognóstico de melhora funcional;
- Pacientes crônicos com mais de 1 ano de lesão que necessitam de adaptação de consistência alimentar, indicação de via alternativa de alimentação, e gerenciamento de caso;
- Pós-operatório iniciado há aproximadamente 6 meses;
- Lesão neurológica aguda recente, ocorrida de 3 a 6 meses;
- Doença degenerativa com potencial de perda e/ou comprometimento funcional recente;

- Paciente com histórico de queda no último mês associadas a outras perdas funcionais;
- Paciente após internação prolongada e/ou acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar- EMAD (exceto Hospital de Reabilitação), com potencial de ganho funcional;
- Paciente com alto risco de desenvolver deformidades;
- Pacientes com dor na Escala Visual Analógica -EVA- entre 5 e 7;
- Pacientes com alterações respiratórias;
- Pacientes em fase de reabilitação pós protetização após amputação;
- Desnutrição moderada;
- Obesidade moderada;
- Disfagia neurogênica de 3 a 6 meses (mais de uma consistência);
- Alteração de fala e linguagem (até 6 meses de lesão);
- Paralisia Facial Periférica que ocorreu há 2 ou 3 meses com sequela neurológica;
- Outras lesões neurológicas recentes.

No tratamento pediátrico:

- Crianças com alterações respiratórias graves;
- Crianças acima de 5 anos que apresentem dor e perda funcional.

b.3 - Médio Risco

Pacientes que compõem este grupo necessitam de tratamento sistemático, porém, não precisa ser imediato. Entre eles estão:

- Pós operatório com mais de 6 meses com potencial de ganho funcional;
- Usuário com lesão degenerativa com piora funcional após interrupção da reabilitação prévia;
- Pacientes com leve perda funcional;
- Pacientes com dor na Escala Visual Analógica -EVA- entre 3 e 4;
- Hemiparesia moderada ;
- Lesão cognitiva de moderada a leve;
- Usuários com impacto leve nas Atividades de vida diária -AVD's, Atividades instrumentais de vida diária- AIVD's, trabalho, lazer, educação e participação social;
- Hemiparesia leve de membros superiores;

- Pacientes com cognição preservada podem se beneficiar de orientações para otimizar as habilidades de desempenho (funções e estruturas do corpo);
- Pacientes com desuso aprendido, ou seja, não usa o membro afetado no cotidiano;
- Lesões neurológicas até um ano de evolução;
- Disfagia neurogênica com mais de 6 meses de evolução (mais de uma consistência);
- Paralisia Facial Periférica entre 4 meses a 1 ano de evolução, sem tratamento prévio com sequela neurológica;
- Disartrofonía.

No tratamento pediátrico:

- Crianças acima de 03 anos com perda funcional;
- Casos de paralisia cerebral (quadriplegia) que apresentam deformidade recentes;
- Crianças em fase de reabilitação pré e pós protetização após amputação;
- Pacientes de 7 a 18 anos com perda funcional das habilidades acadêmicas em processo de aquisição;
- Desnutrição leve;
- Obesidade leve ou sobrepeso;
- Pacientes em acompanhamento psicológico que apresentem algum episódio de alteração comportamental e emocional;
- Crianças com mais de 3 anos com atraso no desenvolvimento da linguagem e fala;
- Crianças com alterações nos Órgãos Fonoarticulatórios (OFAs).

b.4 - Baixo Risco

No grupo de pacientes com baixo risco estão, entre outros:

- Pacientes com lesão neurológica com mais de 1 ano de evolução com sequelas instaladas que já realizaram tratamentos de reabilitação prévios para a mesma queixa;
- Doenças neurodegenerativas em estágio avançado de dependência nas AVDs e AIVDs e que necessitem de gerenciamento;
- Usuários com lesão neurológica leve, que não sofreram nenhum prejuízo, ou obtiveram prejuízos leves na realização das AVDs e AIVDs, trabalho e lazer;

- Usuários com lesão neurológica grave, com alterações cognitivas que não compreendem e não atendem a comandos, totalmente dependentes nas AVDs;
- Pacientes com quadro clínico estável com ausência de alterações funcionais e sem queixas de deformidades recentes;
- Pacientes com dor na Escala Visual Analógica -EVA- igual ou inferior a 2;
- Pacientes em acompanhamento pedagógico com bom prognóstico e desenvolvimento das habilidades acadêmicas, mesmo com pouco ganho;
- Pacientes com comorbidades compensadas;
- Pacientes em acompanhamento psicológico que apresentem estabilidade do quadro clínico;
- Usuários com lesão neurológica grave, com alterações cognitivas severas que não compreende e/ou não atendem a comandos;
- Sequelas motoras instaladas, totalmente dependentes para AVD's, se beneficiam de adaptação ambiental;
- Usuários com lesão neurológica leve sem ou com baixo impacto nas AVD's, AIVD's, trabalho e participação social;
- Usuários com lesão neurológica com mais de 1 ano de evolução ou que já realizaram reabilitação e não apresentam riscos de deformidades e sintomas secundários;
- Usuários com alteração de fala e linguagem com mais de 1 ano de evolução;
- Usuários com alteração leve de fala como disartria e afasia;
- Pacientes com distúrbio fonético fonológico.

No tratamento pediátrico:

- Pacientes com ausência de alterações funcionais;
- Pacientes com quadro clínico estável;
- Pacientes sem queixas de deformidades recentes.

Grau de limitação funcional:

- Limitação Funcional Grave: quadro de dor aguda associado à grave limitação funcional com dependência ou grande dificuldade para a realização de atividades diárias. Afastado das atividades laborais.
- Limitação Funcional Moderada: parcialmente dependente ou com dificuldade moderada para realização de atividades diárias; e/ou sente dor nas atividades

do trabalho, mas não está afastado; e/ou dificuldade moderada para mobilidade ou mudar de posição.

- Limitação Funcional Leve: independente ou com leve dificuldade para realização de atividades diárias; e/ou realiza as atividades do trabalho sem dor ou com dor leve sem incapacidade e não está afastado; e/ou dificuldade mínima para mobilidade ou mudar de posição. (Belo Horizonte, 2019)

c) REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Este tópico tem como objetivo, oferecer uma ferramenta norteadora para estratificação de risco e atendimentos inadiáveis para as pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), assim como apresentar a definição da modalidade de atendimento ao público da Reabilitação Intelectual.

A versão preliminar do CID 11, disponível no site da OMS define os transtornos do desenvolvimento intelectual como um grupo de condições etiologicamente diversas, originárias durante o período de desenvolvimento, caracterizado por um funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo significativamente abaixo da média, por aproximadamente dois ou mais desvios padrão abaixo da média, com base em testes padronizados e devidamente administrados individualmente (WHO, 2020).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento e é definido por dificuldades na comunicação social, assim como a presença de interesses restritos, comportamentos repetitivos e anomalias sensoriais (Kolenisk, 2019).

O público definido para a reabilitação intelectual são as pessoas com deficiência intelectual e/ou TEA devido aos impactos multidimensionais dessas condições principalmente no comportamento adaptativo e na participação social.

O modelo biopsicossocial assume que há uma complexa interação multidirecional entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, não sendo mais os aspectos orgânicos ou a doença como o fator explicador dos fenômenos e direcionador das políticas públicas. Assim, ao se propor uma estratificação de risco, aqui definida como a graduação da necessidade de receber o atendimento de habilitação/reabilitação em saúde para a pessoa com deficiência intelectual/TEA ou para qualquer outra condição ou deficiência, é fundamental que se considere os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

No Anexo I é proposto um formulário contendo os aspectos biopsicossociais pontuáveis para posterior estratificação nos seguintes níveis de risco: muito alto risco, alto risco, médio risco, baixo risco. Para a definição de quais seriam as categorias representativas de cada aspecto (bio, psico e social) foram realizadas consultas à literatura científica e cada justificativa segue abaixo após a apresentação do formulário.

Esta proposta de estratificação de risco e atendimentos inadiáveis para a pessoa com Deficiência Intelectual/TEA foi realizada com base nos pressupostos teóricos e científicos mais atuais no campo da deficiência. O formulário foi desenvolvido como recurso para nortear os Centros Especializados de Reabilitação Intelectual/TEA para os quesitos a serem observados e considerados para a indicação das modalidades de atendimento domiciliar, presencial, telerreabilitação no período da pandemia do COVID-19. Cabe ressaltar que foi realizada uma pesquisa piloto por meio da aplicação de questionário em 30 usuários do CER III de Pará de Minas. Para a verificação do valor correspondente a cada nível (muito alto risco, alto risco, médio risco, baixo risco) o formulário foi aplicado em 30 usuários do Centro Especializado em Reabilitação – CER III de Pará de Minas por profissionais de diferentes especialidades. Essa foi uma pesquisa piloto em que o formulário foi preenchido através do google forms, pelos técnicos no período de 11/09/2020 a 18/09/2020. Através das respostas foi possível estratificar os balizadores a respeito do risco e atendimentos inadiáveis, a escolha da modalidade de atendimento, como também foi possível propor melhorias e explicações mais adequadas para o formulário.

Recomenda-se que para a utilização ampla do questionário seja feita uma pesquisa maior para que seja demonstrada a real eficácia deste questionário para a determinação do risco. Vale ressaltar que o formulário não é validado e científico, apesar de ter partido de um estudo piloto, as respostas são subjetivas aos técnicos com base nas suas vivências empíricas, devendo ser utilizado apenas como um norteador. O interesse e responsabilização da família é um fator que deve ser considerado ao propor uma modalidade de atendimento para a mesma. As famílias que se sentirem inseguras quanto aos atendimentos domiciliar e/ou presencial pode ser proposto a modalidade de telereabilitação. A modalidade de atendimento deverá ser avaliada sempre que surgir um novo fator determinante, tal como: a mudança do interesse da família; a condição de saúde do usuário; fatores naturais como a situação da pandemia do COVID-19 em cada município e estado. Propor uma

estratificação de risco para a população com Deficiência Intelectual/TEA pode auxiliar os profissionais da habilitação/reabilitação na tomada de decisão por meio da prática baseada em evidência.

São elegíveis para a classificação de risco por este formulário usuários que apresentam risco/diagnóstico de Deficiência Intelectual e/ou TEA uma vez que são esses os públicos atendidos pela modalidade de Reabilitação Intelectual. Cabe ressaltar que este formulário pretende apoiar os profissionais de habilitação/reabilitação em saúde na tomada de decisão com base em evidências científicas, mas não substitui de forma alguma o olhar crítico e analítico no contato com a pessoa avaliada.

Tabela 1 – Estratificação de risco de acordo com os contextos das pessoas com Deficiência Intelectual/TEA

PONTUAÇÃO		4	3	2	1	0
Aspectos Biológicos	1) Idade	0 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 13 anos	14 a 27 anos	> 28 anos
	2) Saúde	Muito Ruim	Ruim	Boa	Muito boa	Ótima
Aspectos Psicológicos	3) Intelectual	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Média	Acima da média	Muito acima da média
	4) Comportamento Adaptativo Conceitual	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	5) Comportamento Adaptativo Social	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	6) Comportamento Prático	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
Aspectos Sociais	7) Participação	Nenhuma	Microsistema	Mesosistema	Macrossistema	
	8) Contexto – Socioeconômico	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	9) Contexto – Apoio e cuidado	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	10) Contexto – Estrutura Familiar	Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa	Ótima

Fonte: elaborado pela FEAPAES

Apresenta-se a seguir o detalhamento das categorias e a evidência científica de cada uma.

- Aspectos Biológicos:

Item 1 – Idade: nessa escala foi proposto a seguinte divisão de intervalos (0 a 3), (4 a 6), (7 a 13), (14 a 27) e (>28 anos). A primeira infância é um período de grande oportunidade para o estímulo e desenvolvimento do cérebro, mas também é um período de vulnerabilidade. O desenvolvimento em domínios linguísticos, cognitivos, motores e socioemocionais ocorre rapidamente nestes primeiros anos (SMYTHE, 2020). Nos primeiros anos de vida, especialmente da gravidez até os três anos de idade, os bebês precisam de nutrição, proteção e estímulo para o desenvolvimento saudável do cérebro. Avanços recentes na neurociência fornecem novas evidências sobre o desenvolvimento do cérebro de um bebê durante esse período, novas conexões a uma taxa surpreendente - de acordo com o Centro para a Criança em Desenvolvimento da Universidade de Harvard, mais de 1 milhão a cada segundo - um ritmo nunca mais repetido. (UNICEF, 2020). Todo programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início no período que engloba os três primeiros anos de vida, nos quais se espera observar o desenvolvimento de algumas habilidades cognitivas e sociais, bem como certos marcos de aquisição de linguagem. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma janela de oportunidades para o estabelecimento das funções que repercutirão em uma boa saúde e produtividade ótima no futuro (BRASIL, 2016). A literatura científica aponta que a identificação precoce de crianças com atrasos no desenvolvimento e a intervenção na primeira infância, maximizam seu potencial de desenvolvimento e funcionamento, bem como sua qualidade de vida e participação social (SMYTHE, 2020). Apesar da primeira infância concentrar um período de maior potencial no que se refere a plasticidade cerebral, esta capacidade permanece ao longo da vida em menor potencial, podendo ser observados resultados do processo de habilitação/reabilitação durante todos os ciclos da vida. Diante disso, utilizamos como definição de critério a maior necessidade de atendimento às idades inferiores diminuindo gradativamente com o passar dos anos conforme apontado pela neurociência e os dados da plasticidade cerebral.

Item 2 – Saúde: a Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (ADDID) considera que a Deficiência Intelectual por si não

predispõe diretamente uma pessoa a doenças físicas ou mentais específicas. (LUCKASSON et. al, 2002) Dentre as condições crônicas de saúde mais prevalentes em crianças com deficiência intelectual estão a Epilepsia (22%), Paralisia Cerebral (20%), Transtornos de Ansiedade (17%), Transtorno Desafiador Opositivo (12%), Síndrome de Down (11%) e Transtorno do Espectro do Autismo (10%), sendo consideradas mais altas do que na população em geral (OESEBURG ET AL, 2011). De acordo com a ADDID, a obesidade afeta cerca de 29,5% a 50,5% das pessoas com deficiência intelectual, bem como, as afecções bucais como cáries (24% a 56%) e gengivites (60% a 90%), sendo um alto índice quando comparados com a população em geral. (LUCKASSON et al, 2002). A prevalência de transtorno mental é duas a três vezes mais elevada em pessoas com deficiência intelectual do que na população em geral. Dentre os tipos mais comuns de distúrbios estão: transtorno de ansiedade (30%), transtorno de humor (6%), transtorno de personalidade (3%), transtornos psicóticos (2 a 5%) (LUCKASSON et al, 2002). É recomendado que exames físicos abrangentes sejam realizados anualmente em pessoas que não conseguem expressar sua condição de saúde. (LUCKASSON et al, 2002) A avaliação dos transtornos psiquiátricos em pessoas com deficiência intelectual deve se dar de forma cautelosa, tanto para não os atribuir às condições da deficiência, quanto para não os subestimar. De acordo com a OMS (2011) “a presença de múltiplos problemas de saúde pode tornar mais difícil a gestão dos serviços de saúde e reabilitação. Os problemas crônicos de saúde geralmente ocorrem juntos”. Deve-se classificar a condição geral de saúde da pessoa com Deficiência Intelectual/TEA considerando todos os seus órgãos, sistemas e funções, uma vez que essa pode interferir diretamente na sua necessidade de atendimento. Definimos a maior necessidade de atendimento relacionado a quadros de saúde muito ruins diminuindo gradativamente quanto melhor estiver a situação de saúde.

- Aspectos Psicológicos:

Item 3 – Funcionamento Intelectual: o funcionamento intelectual contempla a capacidade mais ampla e mais profunda de compreender o mundo: captando as coisas, extraindo o sentido delas, ou imaginando o que fazer. Inclui o raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensar abstratamente, compreender ideias complexas e aprender pela experiência. A pessoa com deficiência intelectual apresenta o funcionamento intelectual significativamente abaixo da média e o instrumento de aplicação do teste de QI, ainda é, a melhor forma de representar o funcionamento intelectual (LUCKASSON ET. AL, 2002). Assim, utilizamos como

critério quanto menor a capacidade intelectual da pessoa com Deficiência Intelectual/TEA maior será a sua necessidade de apoio/suporte e como consequência de atendimento, de forma que diminui gradativamente quanto maior for essa habilidade.

Itens 4, 5, 6 – Comportamento Adaptativo: de acordo com a AADID, o comportamento adaptativo é a reunião de habilidades conceituais, sociais e práticas que foram aprendidas pelas pessoas para funcionarem em suas vidas diárias. As potencialidades e limitações de uma pessoa nas habilidades adaptativas devem considerar o contexto das comunidades, ambientes culturais de cada faixa etária e estarem vinculadas às necessidades de apoio (LUCKASSON et. al, 2002). Há um consenso na literatura sobre a estrutura do comportamento adaptativo, que consiste em três grupos: a) Habilidades Conceituais – São consideradas as habilidades cognitivas, de comunicação e acadêmicas. Exemplos: linguagem receptiva e expressiva, leitura e escrita, conceitos de dinheiro e autodirecionamento. b) Habilidades Sociais – Consiste nas competências sociais. Exemplos: responsabilidade, seguir regras, ingenuidade, obedecer às leis, relação interpessoal, autoestima, evitar a vitimização. c) Habilidades Práticas – São as habilidades de vida independente. Por exemplo: Atividades de vida diária (comer, mobilidade, uso do banheiro, vestir-se); Atividades Instrumentais de Vida Diária (preparo de refeições, tomar remédios, lidar com dinheiro, uso do telefone, cuidar da casa); e Habilidades Ocupacionais. É importante considerar que as limitações no comportamento adaptativo afetam tanto a vida diária quanto a competência para reagir às mudanças da vida e às exigências ambientais. Essas habilidades são fundamentais para o desenvolvimento de uma vida independente. Desta forma, a necessidade de atendimento será maior quanto menos habilidades de comportamento adaptativo a pessoa com Deficiência Intelectual/TEA apresentar, diminuindo gradativamente quanto maior for essa habilidade.

- Aspectos Sociais:

Item 7 – Participação Social: a participação se refere ao envolvimento e à execução de tarefas das situações de vida real e inclui a resposta da sociedade ao nível de funcionamento do indivíduo. Ao longo dos anos, os movimentos pelos direitos civis têm pleiteado uma maior participação e inclusão das pessoas com deficiência intelectual nos diferentes papéis sociais valorizados. No entanto, o envolvimento apenas nas atividades cotidianas reflete a participação e interação mais observadas (LUCKASSON et. al, 2002). Risley e Cataldo (1973), declaram que o engajamento

com o ambiente físico e social é um indicador da qualidade de um ambiente para as pessoas. Propiciar um ambiente positivo estimula o crescimento, desenvolvimento e o bem-estar dos indivíduos. Alcançar uma maior participação social deve ser a principal consequência do processo de habilitação/reabilitação das pessoas com Deficiência Intelectual/TEA, pois proporcionará uma vida mais produtiva e maior inclusão social. Assim, foi considerado maior necessidade de atendimento quanto menor for a participação social, diminuindo gradativamente quanto maior for essa participação. Considerando as opções que: a) nenhuma: usuário não tem nenhuma participação e interação; b) microssistema: participação e interação do usuário restringe ao ambiente imediato (pessoa; família; apoiador direto); c) mesossistema: participação e interação do usuário se amplia para o contato com a comunidade e vizinhos (escola, igreja, eventos); d) macrossistema: participação e interação do usuário se amplia para a sociedade, cultura, país, sociopolítica.

Item 8, 9, 10 – Contexto Social: como já é sabido, fatores biológicos, psicológicos e ambientais serão importantes para o desenvolvimento cerebral (Smythe, 2020). a) Contexto Socioeconômicos: estudos apontam que a maioria das crianças com deficiências do desenvolvimento vivem em países em desenvolvimento e a prevalência é maior entre as famílias com altos níveis de pobreza e baixa escolaridade (Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, 2018; Banks, 2017). b) Contexto Apoio e cuidado: crianças com deficiência e suas famílias estão em alto risco de exclusão social, dificuldade de acesso à educação, estigma e violência (Jones, 2012). Além disso, os cuidadores podem experimentar altos níveis de estresse, ansiedade, depressão, exaustão física, estigma e discriminação. Isso aumenta ainda mais o risco de doenças mentais e isolamento social nos cuidadores, o que prejudica o apoio e cuidado a pessoa com deficiência (Zuurmond, 2019) c) Contexto Estrutura familiar: deve-se considerar o vínculo afetivo emocional dos membros imediatos do convívio do usuário, uma vez que apoio familiar contribui para o processo de habilitação/reabilitação. A rede de apoio em situações de necessidade e/ou emergência, assim como a divisão de tarefas entre os membros da família, são muito importantes pois auxiliam no cuidado e dão suporte físico e psicológico para o cuidador direto. A participação e envolvimento efetivo na reabilitação e tratamento do usuário também deve ser considerada. Esses dados reforçam a importância do olhar para o contexto socioeconômico, apoio e cuidado, e de estrutura familiar uma vez que somadas às condições de vulnerabilidade podem se tornar cíclicas e se

perpetuar de forma geracional. Assim sendo, foi considerado maior necessidade de atendimento quanto pior for a condição do contexto que a pessoa com Deficiência Intelectual/TEA estiver inserida, diminuindo gradativamente quanto melhor for esse contexto.

d) REABILITAÇÃO AUDITIVA/IMPLANTE COCLEAR

Entende-se por serviços de reabilitação auditiva aqueles que atendem às pessoas com queixa ou confirmação de perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo ou grau, que em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Estes serviços realizam avaliação e diagnóstico da perda auditiva, seleção, concessão e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), bem como a terapia fonoaudiológica com acompanhamento e manutenção dos AASI. (BRASIL,2020)

As cirurgias de Implante Coclear são realizadas em serviços de saúde habilitados como Centro de Implante Coclear (código 03.01) e Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva (código 03.05), sendo que este último realiza também cirurgias de Prótese Auditiva Ancorada no Osso. São opções para usuários, adultos e crianças, com deficiência auditiva que obtêm pouco ou nenhum benefício com o AASI. (BRASIL, 2020)

Segue abaixo a classificação dos atendimentos, em referência à Resolução CFFa 488 de 18 de fevereiro 2016, em que foram considerados os riscos/iminência de gravidade. A primeira parte das recomendações é específica para a reabilitação auditiva e a segunda parte deve ser utilizada para avaliação de serviços que atendam também outras modalidades de reabilitação:

PRIMEIRA PARTE:

- **Muito Alto Risco**

Primeiro atendimento: deve ser agendado imediatamente

Tipo de atendimento: presencial

a) Consulta Hospitalar:

a.1) Neonato (0 a 28 dias):

- Triagem Auditiva
- PEATE Automático: acolhimento, avaliação e orientação
- Protocolo da Avaliação de Frênulo de Língua em Bebês.

a.2) Demais faixas etárias:

- acolhimento, avaliação e orientação.

b) Terapia/Sessão

- Todas as faixas etárias (Presencial ou remota)

● **Alto Risco**

Primeiro atendimento: deve ser agendado imediatamente

Tipo de atendimento: presencial

a) Exames Audiológicos I

- Audiometria - Logaudiometria (Limiar de Detecção da Voz - LDV/Limiar de Reconhecimento da Fala - LRF/ SRT/Índice de Reconhecimento da Fala) Total, Triagem e Audiometria Tonal com alta frequências.
- Audiometria infantil - Logaudiometria, Avaliação do comportamento auditivo, Tonal Limiar e Tonal (Condicionada e triagem).
- Audiometria
- Imitanciometria: Timpanometria, Pesquisa do Reflexo Estapediano, Pesquisa de Função Tubária, Pesquisa do Fenômeno de Túlio.

b) Exames Audiológicos II

- Testes Acumétricos: Weber, Rinne, Schwabach e Bing
- Avaliação do Comportamento Auditivo
- Avaliação do Processamento Auditivo

c) Exames Audiológicos III

- Provas Supraliminares: Sisi, Tony Decay Test, Reger, Metz, Fowler.
- Emissões Otoacústicas Evocadas: Transientes, Produto de Distorção.
- PEA: Automático (com ou sem sedação), Curta Latência (Peate Clique) (com ou sem sedação), Curta Latência (Peate Frequên - cia Específica) (Com ou

sem sedação), Média Latência, Longa Latência, Estado Estável (com ou sem sedação).

- Eletrococleografia com eletrodo de conduto / extratimpânico

d) Exames Audiológicos IV

- Potencial Evocado Miogênico Vestibular
- Eletronistagmografia Vectoeletronistagmografia: Pesquisa de Nistagmo Espontâneo, Pesquisa de Nistagmo Semi-espontâneo, Prova do Rastreo Pendular, Pesquisa do Nistagmo Optocinético, Prova Rotatória Pendular Decrescente, Prova Calórica.

e) Implante coclear unilateral lactente e infantil

- Entrevista com os pais
- Avaliação do processador da fala
- Avaliação do AASI contra-lateral
- Realização do molde auricular
- Audiometria em campo livre e/ou audiometria com reforço visual com um dispositivo
- Avaliação da percepção auditiva da fala
- Telemetria de impedância
- Telemetria de respostas neurais
- Timpanometria e pesquisa do reflexo estapediano eliciado eletricamente
- Pesquisa dos níveis máximos e mínimos de estimulação elétrica e balanceamento
- Follow up dos mapeamentos
- Ativação dos eletrodos
- Potencial evocado auditivo cortical
- Adaptação e verificação do AASI contralateral por meio de medidas objetivas e subjetivas
- Orientação fonoaudiológica
- Orientação familiar

f) Implante coclear bilateral lactente e infantil

- Entrevista com os pais
- Avaliação do processador da fala
- Audiometria em campo livre e/ou audiometria com reforço visual com um dispositivo

- Avaliação da percepção auditiva da fala
- Telemetria de impedância
- Telemetria de respostas neurais
- Imitanciometria e pesquisa do reflexo estapediano eliciado eletricamente
- Pesquisa dos níveis máximos e mínimos de estimulação elétrica e balanceamento
- Follow up dos mapeamentos
- Ativação dos eletrodos
- Potencial evocado auditivo cortical
- Orientação fonoaudiológica
- Orientação familiar

g) Implante coclear unilateral adolescente - adulto - idoso

- Entrevista com os pais ou paciente
- Avaliação do processador da fala
- Avaliação do AASI contra-lateral
- Realização do molde auricular
- Audiometria em campo livre e/ou audiometria com reforço visual com um dispositivo
- Avaliação da percepção auditiva da fala
- Telemetria de impedância
- Telemetria de respostas neurais
- Timpanometria e pesquisa do reflexo estapediano eliciado eletricamente
- Pesquisa dos níveis máximos e mínimos de estimulação elétrica e balanceamento
- Follow up dos mapeamentos
- Ativação dos eletrodos
- Potencial evocado auditivo cortical
- Adaptação e verificação do AASI contralateral por meio de medidas objetivas e subjetivas
- Orientação fonoaudiológica
- Orientação familiar

h) Implante coclear bilateral adolescente (adulto e crianças)

- Entrevista com os pais ou paciente
- Avaliação do processador da fala

- Audiometria em campo livre e/ou audiometria com reforço visual com um dispositivo
- Avaliação da percepção auditiva da fala
- Telemetria de impedância
- Telemetria de respostas neurais
- Imitanciometria e pesquisa do reflexo estapediano eliciado eletricamente
- Pesquisa dos níveis máximos e mínimos de estimulação elétrica e balanceamento
- Follow up dos mapeamentos
- Ativação dos eletrodos
- Potencial evocado auditivo cortical
- Orientação fonoaudiológica
- Orientação familiar

- **Médio Risco**

Tipo de atendimento: presencial ou teleconsulta, considerando a avaliação da equipe

a) Avaliação de Linguagem

- Oral: Avaliação fonética fonológica, Avaliação sintático semântica, Avaliação pragmática, Avaliação fluência, Avaliação lexical, Avaliação da fonoarticulação, Avaliação dos aspectos cognitivos da linguagem, Avaliação da compreensão, Avaliação da organização perceptiva auditiva.
- Escrita: Avaliação da leitura, Avaliação do letramento, Avaliação psicomotora.
- Comunicação Alternativa
- LIBRAS

b) Terapia/Sessão

- Ambulatorial: Terapia/ Sessão Individual, Terapia/ Sessão Grupo, Oficina Terapêutica (Saúde Mental).

- **Baixo risco**

Tipo de atendimento: teleconsulta

a) Exames Vocais

- Análise Vocal: Análise perceptivo Auditiva, Análise da Função da Produção Vocal e Análise da Dinâmica Pneumofonoarticulatória.

- Análise Acústica: Parâmetros clínicos, Parâmetros ocupacionais e Parâmetros periciais.

b) Exames

- Análise acústica da voz e da fala
- Atividades voltadas à promoção de saúde

SEGUNDA PARTE:

● **Muito Alto Risco:**

Tipo de atendimento: presencial

a) Consulta Ambulatorial:

Todas as faixas etárias:

- Avaliação de Motricidade Orofacial: acolhimento, avaliação e orientação
- Avaliação Miofuncional do Sistema Estomatognático: Postura, Sensibilidade, Mobilidade, Tonicidade, Morfologia e Respiração, Mastigação, Deglutição, Sucção, Fala.

b) Exames I

- Avaliação endoscópica da deglutição (FEES)
- Prova de função respiratória completa (espirometria)
- Eletroglotografia
- Eletromiografia de superfície
- Medida de pico de fluxo expiratório
- Videodeglutograma ou videofluoroscopia
- Eletrognatografia

c) Exames II

- Antroposcopia
- Avaliação Quantitativa do Olfato
- Avaliação Quantitativa do Paladar
- Nasometria
- Avaliação Endoscópica da Função Velofaríngea

- Avaliação Goniométrica
- Medida de Aeração Nasal
- Antropometria
- Videofluoroscopia da Função Velofaríngea

- **Alto Risco**

Primeiro atendimento: deve ser agendado imediatamente

Tipo de atendimento: presencial

a) Exames I

- Ultrassonografia de Língua
- Rinometria
- Faringometria
- Algometria
- Rinomanometria
- Estesimetria
- Avaliação da Força de Mordida
- Avaliação quantitativa de língua, lábios e bochechas - IOPI

b) Exames II

- Exame Neuropsicomotor Evolutivo

Referências:

BELO HORIZONTE. **Cuidado Integral da Pessoa com Disfunções Osteomusculares – Guia do Percurso na Rede SUS-BH: Atenção Primária à Saúde, Ambulatórios Especializados e Urgência.** Belo Horizonte, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica : Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Reabilitação**. 2020.

COMUSA. **Triagem auditiva neonatal universal em tempos de pandemia**. Disponível em: <http://sbotologia.org.br/detalhe-noticia/363/nota-tecnica---comite-multiprofissional-em-saude-auditiva---comusa>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

CREFITO4. **Cartilha de recomendações para atendimentos ambulatoriais, elaboradas pelo Comitê de Acompanhamento das Ações de Prevenção e Enfrentamento da COVID-19**. Disponível em: http://crefito4.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/20200218_Cartilha_atendimento_ambulatorialB-1.pdf. Acesso em 03 de setembro de 2020.

CREFITO4. **Cartilha de Recomendações para atendimentos essenciais**. Disponível em: <https://crefito4.org.br/site/2020/03/19/cartilhas-covid-19>. Acesso em 03 de setembro de 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde**. Lisboa; 2004.

ROCHA, Elisiane do Nascimento da; LUCENA, Amália de Fátima. **Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. 39. Vol. 2018.



4.4 REDE DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL

Neste capítulo serão abordadas as informações referentes à duas áreas assistenciais bastante interligadas: a Rede de Oftalmologia e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/Reabilitação Visual. Os profissionais de saúde de cada serviço deverão se atentar para as recomendações das populações e condições de saúde apresentadas neste Guia, a fim de identificá-los como usuários elegíveis para seus respectivos serviços.

A organização da Rede de Oftalmologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a finalidade de articular e integrar os pontos de atenção à saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários aos procedimentos clínicos, cirúrgicos e de reabilitação visual a fim de prevenir e/ou minimizar os riscos à saúde ocular, de forma ágil e oportuna, consoante as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde para implantação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia dispostas na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Para tanto, é fundamental fomentar a articulação e integração em todos os níveis de atenção, buscando fortalecer as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

No âmbito da atenção especializada, esta Rede é composta por estabelecimentos de natureza ambulatorial ou hospitalar responsáveis pelo atendimento às pessoas com doenças oftalmológicas que necessitam de tratamentos clínicos, intervencionistas ou cirúrgicos especializados. Estes estabelecimentos devem demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde e ainda deverão oferecer consultas em oftalmologia como referência à atenção primária, na medida da necessidade da população. É importante acrescentar que compete à atenção primária à saúde realizar as ações de promoção e prevenção que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos, tais como ações educativas, testes de acuidade visual, consultas médicas e de enfermagem, bem como ações preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades/condições crônicas e o acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pela atenção especializada, na lógica do compartilhamento do cuidado.

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, entende-se por serviços de reabilitação visual, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza visual, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Instrutivo de reabilitação MS 2020).

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, considera a deficiência visual como: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão ou visão subnormal, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica (Instrutivo de reabilitação MS 2020).

Em alinhamento às ondas do Programa Minas Consciente, a diretriz apresentada visa orientar a retomada gradual dos atendimentos presenciais nos serviços segundo a estratificação de risco proposta neste material, considerando o perfil dos usuários acompanhados e em conformidade com o cenário epidemiológico local, como disposto no quadro abaixo:

Onda Vermelha	Muito Alto Risco/Alto Risco: atendimento presencial Médio Risco e Baixo Risco: atendimento remoto
Onda Amarela	Muito Alto Risco/Alto Risco, Médio Risco: atendimento presencial Baixo Risco: atendimento remoto
Onda Verde	Atendimento presencial para todos os critérios de risco em observação às normativas e orientações do Guia de Biossegurança .

Foram estabelecidos abaixo os critérios clínicos para definição dos atendimentos presenciais inadiáveis, de forma geral para os serviços que compõem a Rede de Atenção em Oftalmologia, incluindo os estabelecimentos credenciados/habilitados como unidades de atenção especializada/centros de referência, os serviços de referência para tratamento do Glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica, bem como os serviços de reabilitação visual que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

4.4.1 Classificação dos atendimentos considerando a condição clínica

- **MUITO ALTO RISCO**

Momento do atendimento presencial: devem ter atendimento presencial agendado
tão logo quanto possível:

- Gestante e Recém-nascido (RN) com doenças do complexo Z-STORCH detectado no pré-natal: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, zika;
- Riscos de acometimento visual para a mãe e para o feto;
- Recém-nascido pré-termo, baixo peso (risco de retinopatia da prematuridade);
- Crianças portadoras de asfixia ou hipóxia neonatal (riscos de comprometimento visual severo)
- Crianças com alterações detectadas pelo Teste do Reflexo vermelho (“teste do olhinho”) - catarata congênita, glaucoma congênito - possibilidade de realização de cirurgias precoces
- Crianças com erros de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo), estrabismo, que podem comprometer o desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança;
- Adolescentes com erros de refração importantes (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou com ceratocone, devem ser considerados de atendimento prioritário, em razão de prejuízo cognitivo e de desenvolvimento psicossocial
- Adultos e idosos com retinopatia diabética, glaucoma, de difícil controle, bem como com degeneração macular relacionada à idade (DMRI).

Obs: destaca-se que qualquer deficiência visual mais severa pode colocar em risco a saúde cognitiva e psicossocial dessas crianças, levando a prejuízos funcionais.

- **ALTO RISCO**

Adultos e idosos com catarata

OBS: caso haja prejuízo visual levando a quedas ou outras situações de risco, os atendimentos devem ser antecipados.

- **MÉDIO RISCO**

Crianças, adultos e idosos com problemas leves de refração

- **BAIXO RISCO**

Crianças, adultos e idosos com problemas leves de refração e outros

Obs.: No caso de crianças acompanhadas por uma equipe multiprofissional, os profissionais envolvidos devem seguir as recomendações adotadas por seus respectivos Conselhos.

4.4.2 Classificação dos atendimentos considerando risco/iminência de gravidade

- **MUITO ALTO RISCO**

Crianças de zero a três anos: nesta faixa etária o sistema visual encontra-se em seu pleno desenvolvimento. Assim, o não atendimento em programa de intervenção precoce e estimulação visual pode causar danos à saúde ocular da criança, interferindo com o seu desenvolvimento visual e global, com consequências no seu desenvolvimento sensorio motor e cognitivo, muitas vezes irreversíveis.

É importante destacar a importância de um atendimento multiprofissional para essas crianças. A elaboração de projetos terapêuticos deve ser considerada para cada caso e cada profissional. O atendimento pelo oftalmologista especializado em baixa visão é essencial e o atendimento deve ser realizado por Instituições capacitadas para este tipo de atendimento.

Deve ser agendada uma primeira avaliação oftalmológica e as consultas subsequentes serão consideradas para cada caso, segundo orientações dadas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, sendo que, de maneira geral, no primeiro ano, o atendimento oftalmológico deve ser realizado a cada três ou quatro meses, de 2-4 anos ele deve ser realizado semestralmente.

No caso de crianças com diagnóstico de catarata congênita, glaucoma congênito e doenças infecciosas como a toxoplasmose, devem ser avaliadas tão logo sejam liberadas pelo oftalmologista responsável pelo caso.

- **ALTO RISCO**

Usuários em todas as faixas etárias que apresentam dificuldades nas suas novas atribuições, sejam escolares ou laborais, que interfiram com sua adequada inclusão.

Deve ser agendada uma primeira avaliação oftalmológica e as consultas subsequentes serão consideradas para cada caso, segundo orientações dadas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento.

- **MÉDIO RISCO**

Casos crônicos cujo atendimento especializado em baixa visão não tenha sido realizado no período de um ano devem ser agendados segundo disponibilidade de agenda.

- **BAIXO RISCO**

Casos crônicos cujo atendimento especializado em baixa visão tenha sido realizado no período de até um ano. Nesses casos poderão ser realizados telemonitoramento e orientações.

“Já ouvi silêncios sábios, já ouvi conselho em vão, já vi beijos sem usar os lábios e toque sem usar as mãos. Feliz é quem toca com a alma e enxerga com o coração”.

Gabriel Castro

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008**. Define as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2008. p. 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de out. 2017, supl., p.61

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Reabilitação**. 2020.



4.5 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A rede de atenção à saúde bucal é planejada com uma base populacional de referência e com a definição da responsabilidade sanitária dos pontos de atenção, tendo como porta de entrada a atenção primária (APS).

Na APS a atenção é ofertada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) Modalidade I ou II inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por equipes de atenção primária em trabalho conjunto com as ESF. Na APS incluem-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em promoção e proteção à saúde insere-se um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Podem ser desenvolvidas no nível individual e coletivo. Nas ações de recuperação insere-se o diagnóstico e o tratamento de doenças bucais de competência da APS.

São pontos de atenção em saúde bucal na Atenção Especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades de referência para Odontologia Hospitalar e os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial.

Os CEO oferecem atenção em saúde bucal nas áreas de diagnóstico com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento ambulatorial a usuários com necessidades especiais.

As unidades hospitalares, referências para as macrorregiões de saúde têm o papel de assegurar a prestação do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais que tenham o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial impossibilitado, bem como de realizar procedimentos cirúrgicos em casos eletivos e/ou urgência e emergência quando houver indicação de anestesia geral ou sedação.

Os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial servem como referências do Estado para realização do tratamento bucomaxilofacial integral e multiprofissional aos pacientes com deformidade crânio facial congênita e/ou adquirida.

Os sistemas de apoio protético são compostos pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), responsáveis pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas.

4.5.1 Recomendações para atenção em Saúde Bucal em momento Trans COVID-19

As ações e procedimentos a serem ofertados na atenção à Saúde Bucal de forma presencial estão sendo estabelecidos de forma consciente, gradual e escalonada frente à pandemia pela COVID-19, sendo recomendados três momentos até a

publicação desse documento, considerando a importância da oferta progressiva da atenção para atender às necessidades existentes, as evidências científicas e a avaliação dos riscos para usuários e profissionais.

Esse documento avança em relação à Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 68 (atualização da Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 11) no sentido de trazer orientações para o início da retomada do atendimento eletivo. Diante da necessidade de diminuição do número de usuários atendidos de forma a evitar aglomerações, respeitar as normas de biossegurança que exige maior espaçamento entre os atendimentos e permitir as ações de odontologia à distância conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 67, é importante que os casos eletivos sejam também selecionados de forma a priorizar os usuários de acordo com o risco.

De acordo com a situação epidemiológica do Estado, os momentos propostos são:

Quadro 1 - Atendimento presencial em Saúde Bucal em momento Trans Covid-19 de acordo com o Programa Minas Consciente

Onda Vermelha	Momento de suspensão dos atendimentos eletivos com oferta de assistência odontológica de urgência/emergência
Onda Amarela	Momento de suspensão dos atendimentos eletivos com oferta de assistência odontológica de urgência/emergência e de necessidades inadiáveis
Onda Verde	Momento de assistência odontológica de urgência/emergência e de necessidades inadiáveis e início de retomada dos atendimentos eletivos com base em critérios de risco e continuidade da atenção

Quadro 2 - Principais condições bucais/ações ligadas a cada fase de atendimento

Casos de emergência	- Sangramento não controlado, infecções graves como celulite ou infecção bacteriana difusa de tecidos moles com edema intraoral ou extraoral que possam comprometer as vias aéreas, trauma envolvendo ossos faciais potencialmente comprometendo as vias aéreas e outras condições que colocam a vida em risco
---------------------	--

Casos de urgência	- Dor dentária intensa por pulpite, pericoronarite, alveolite e outros processos infecciosos ou inflamatórios agudos localizados, trauma dentário/ósseo (como fratura/avulsão/luxação/intrusão), condições bucais suspeitas de malignidade e biópsia de tecido suspeito, entre outros.
Necessidades inadiáveis	- Dor causada por lesão cáriosa extensa, restaurações e próteses defeituosas ou outras condições; remoção de sutura; necessidades estéticas inadiáveis (como perda de restaurações e reparo de próteses em dentes anteriores), cimentação de próteses, e necessidades que podem afetar a condição sistêmica (como dificuldade de alimentação causada por condições bucais, dificuldade de controle de índice glicêmico por doença periodontal), tratamento odontológico necessário antes de procedimentos médicos críticos e adoção de medidas para estabilização de atividade de doença, sempre que possível, nos usuários atendidos em casos de urgência e necessidades inadiáveis, entre outros.
Procedimentos eletivos com base em critérios de risco e continuidade da atenção	- Continuidade dos tratamentos suspensos devido à COVID-19; - Continuidade dos acompanhamentos suspensos devido à COVID-19; - Estabilização das condições bucais (controle de atividade de cárie e doença periodontal) com foco na prevenção da progressão da doença; - Tratamento de condições bucais ligadas à função e estética (com impacto social) que não se enquadram em inadiáveis.

OBS: As condições bucais/ações descritas não esgotam todas as possibilidades. Daí a importância do julgamento clínico do Cirurgião-Dentista na identificação de outras condições/ações que se enquadram em cada fase. O julgamento clínico do CD será também essencial para a definição de atendimento inadiável, de necessidade de atendimento presencial e de avaliação de risco.

4.5.2 ORIENTAÇÕES GERAIS

❑ Em todos os momentos descritos deve-se, preferencialmente, manter o contato inicial com os usuários de forma remota de modo a:

- Possibilitar que o Cirurgião-Dentista (CD) realize o Telemonitoramento, ou acompanhamento à distância, no intervalo entre as consultas dos usuários que estejam em tratamento, com acompanhamento da evolução do tratamento, esclarecimento de dúvidas, incentivo à adesão às ações de autocuidado e identificação de necessidade de consulta presencial ou de

encaminhamento. A busca ativa desses usuários pode ser feita através de revisão dos prontuários clínicos;

- Possibilitar que o CD realize a Teleorientação, com identificação, através da realização de questionário pré-clínico, do melhor momento para a realização do atendimento presencial ou de encaminhamento. Pode ser utilizada em casos de demanda espontânea ou em busca ativa de usuários em grupo de risco, entre outros. Envolve ainda acolhimento, escuta, orientação e esclarecimento de dúvidas;
- Possibilitar a realização de Teleconsultoria para fins de discussão de diagnóstico, prescrição e elaboração de plano de tratamento odontológico nos casos em que, estando o paciente obrigatoriamente sob supervisão direta de um Cirurgião-Dentista, este realize a troca de informações e opiniões com outro Cirurgião-Dentista (através do Telessaúde, de matriciamento entre CD da atenção especializada e da atenção primária, entre outros), com o objetivo de prestar uma melhor assistência ao usuário;
- Permitir a identificação de usuários com sintomatologia/confirmação/suspeita ou com contatos com sintomatologia/confirmação/suspeita de COVID-19 através da aplicação de um questionário pré-clínico sobre a presença de sintomas respiratórios nos últimos 14 dias (febre, tosse, dor de garganta, desconforto ou esforço respiratório, perda de paladar e/ou olfato) ou sobre contato com alguém com sintomas, suspeita ou confirmação de covid-19. É essencial que os profissionais de saúde bucal tenham conhecimento de sinais/sintomas e protocolos relacionados à COVID-19;
- Permitir que sejam evitados os contatos presenciais desnecessários;
- Possibilitar a identificação de necessidade de atendimento presencial;
- Possibilitar a marcação e o cancelamento de consultas de forma remota.

❑ A realização das ações de Odontologia à distância - Telemonitoramento, Teleorientação e Teleconsultoria – devem ocorrer de acordo com Resoluções CFO Nº 226/2020 e Nº 228/2020 e Resolução CRO-MG Nº 011/2020.

❑ Para o início da retomada dos atendimentos eletivos orienta-se a continuidade de todas as normas de biossegurança e de Odontologia à Distância já colocadas anteriormente nas Notas Técnicas COES Minas COVID-19 nº 67 e nº 68.

❑ O atendimento presencial eletivo de usuários com condições sistêmicas de risco para maior gravidade do COVID-19 (como idosos, gestantes e usuários com outras comorbidades de risco) deve preferencialmente ser postergado, com foco voltado para as condições de urgência/emergência. É importante que o usuário de risco receba informação relacionada às opções de tratamento e do custo benefício do atendimento presencial e que a decisão a ser tomada seja compartilhada.

❑ Em relação ao atendimento dos Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) é importante verificar se o mesmo apresenta comorbidade que o coloca como usuário de risco para maior gravidade do COVID-19.

- ❑ Ao ser identificada a necessidade de atendimento presencial de usuários de grupo de risco para maior gravidade do COVID-19 é recomendado que sejam agendados no primeiro horário disponível e que o número de sessões seja reduzido ao mínimo possível.
- ❑ Usuários sintomáticos ou com confirmação/suspeita ou com contatos com sintomas/confirmação/suspeita de COVID-19 devem ser atendidos de forma presencial somente em situações de urgência/emergência, em locais que apresentem as condições de biossegurança/controle de infecção necessárias e com priorização de intervenções mínimas em detrimento à produção de aerossol. Sempre que possível esses usuários devem ser atendidos no último horário.
- ❑ O atendimento presencial deverá evitar a produção de aerossol sempre que possível e priorizar a prevenção e o controle/estabilização da progressão da doença com uso de técnicas de tratamento minimamente invasivas.
- ❑ É recomendável estender o tempo das consultas presenciais eletivas, realizando maior número de procedimentos possível e diminuindo o número de sessões por usuário.
- ❑ Durante a pandemia deve haver incentivo às ações de prevenção e estímulo ao autocuidado (escovação com dentífrico fluoretado, controle de tabagismo e etilismo, sinais e sintomas de câncer bucal, entre outros) através de meios remotos como teleorientação, Telemonitoramento e uso de sites institucionais e redes sociais.

4.5.3 ORIENTAÇÃO PARA A ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, UNIDADES HOSPITALARES

4.5.3.1 ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Para a priorização da atenção, deve-se considerar os usuários que apresentam sinais de risco em saúde bucal, como:

- ▮ Atividade de doença, especialmente cárie dentária e doença periodontal;
- ▮ Lesão em tecidos moles, rouquidão, dormência, dificuldade de movimentos, inchaço no pescoço;
- ▮ Limitações estéticas ou funcionais decorrentes de problemas bucais.

Quadro 3 - Atenção nas Unidades Básicas de Saúde

Onda Vermelha

- Apenas Emergência/Urgência Odontológica, conforme situações elencadas no Quadro 2;
- Nos atendimentos de Emergência/Urgência, realizar exame de mucosa para detecção precoce de lesões (lesão ulcerada que persista por mais de 14 dias, mesmo após a remoção de sua provável causa; lesões brancas, vermelhas ou branco-avermelhadas; lesão pigmentada violácea ou enegrecida; qualquer lesão oral de tecidos moles ou duros com características suspeitas, como crescimento rápido, sangramento, infiltração, endurecimento e fixação; nódulos intra orais não visíveis, mas palpáveis; aumento persistente e inexplicável da glândula parótida ou submandibular; lesões radiolúcidas com limites imprecisos);
- Intensificar ações de Teleorientação para os grupos de risco (social, ciclo de vida, condição sistêmica, grupo de risco para câncer bucal); com apoio dos ACS e eSF para a identificação dessas pessoas no território;
- realizar a Teleorientação em conjunto com equipe multiprofissional aos recém nascidos com fissura labiopalatina de forma a evitar os casos de desnutrição;
- Intensificar ações de Telemonitoramento para as pessoas com alguma condição crônica e que estavam em atendimento ou receberam atendimento de emergência/urgência, como as pessoas com lesão de mucosa que foram encaminhadas para biópsias, tiveram resultado positivo para câncer e necessitam de encaminhamento hospitalar ou estavam em tratamento oncológico, pessoas que tiveram próteses instaladas e que não tiveram consulta de adaptação dessas próteses, dentre outras situações;
- Identificar as situações de urgência que devem ser referenciadas para o CEO ou Hospital (especialmente as PcD/PNE), após o acolhimento;
- Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19.

Onda Amarela

- Emergência/Urgência e Necessidades Inadiáveis, conforme situações elencadas no Quadro 2;
- Manter os processos de trabalho da onda vermelha;
- Revisitar os prontuários para identificação dos usuários com atividade de doença e priorização dos mesmos para Telemonitoramento;
- Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso no CEO devido à COVID 19;
- Realizar a Teleorientação para os usuários do grupo de risco;
- Identificação dos usuários com necessidades inadiáveis (por meio da Teleorientação/Telemonitoramento) e realização do atendimento presencial;
- Adotar medidas para o controle da atividade de doença, sempre que possível, nos usuários atendidos em casos de urgência e necessidades inadiáveis.

Onda Verde

- Emergência/Urgência e Necessidades Inadiáveis e Atendimentos Eletivos conforme os critérios de risco;

- Manter os processos de trabalho das ondas vermelha e amarela;

- Retomada dos atendimentos dos pacientes que estavam em tratamento ou aguardando na fila de espera e que apresentam:

- * Cárie ativa (mancha branca ativa; tecido amolecido). Doença periodontal ativa (sangramento e secreção). Limitações funcionais ligadas à necessidade de reabilitação protética.

Nesta fase o CD deve realizar a estabilização das lesões cariosas por meio de técnicas minimamente invasivas (ART, por exemplo), remover focos de infecção, dar início ao tratamento periodontal de competência da APS ou realizar o encaminhamento para o CEO, quando necessário

- Manter o Telemonitoramento para usuários que não tiveram atendimento presencial.

Em todos os casos em que se fizer necessário a realização de procedimentos que gerem aerossóis, deve-se utilizar medidas que minimizem a produção dos mesmos, conforme orientado na Nota Técnica COES Minas COVID-19 nº 68.

4.5.3.2 ATENÇÃO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

Para organizar a oferta dos cuidados para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) devem-se observar as orientações disponibilizadas no quadro nº 4.

Quadro 4 Orientação para a Atenção nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Onda Vermelha

- Atendimento presencial no CEO ou na APS de casos de urgência de usuários em tratamento no CEO ou de outros usuários conforme decisão local e com uso de teleconsultoria/matriciamento se necessário;

- Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19.

Onda Amarela

- Atendimento presencial no CEO ou na APS de casos de urgência de usuários em tratamento no CEO ou de outros usuários conforme decisão local e com uso de teleconsultoria/matriciamento se necessário;

- Atendimento presencial de casos de necessidades inadiáveis (ver Quadro 5) que exigem intervenção especializada do CEO;

- Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso no CEO devido à COVID 19

Onda Verde

- Atendimento presencial no CEO ou na APS de casos de urgência de usuários em tratamento no CEO conforme decisão local e com uso de teleconsultoria/matriciamento se necessário;

- Atendimento presencial de necessidades inadiáveis (ver Quadro 5)

- Atendimento presencial eletivo de:
 - . Usuários que estavam em tratamento no CEO antes da suspensão do atendimento;
 - . Casos eletivos prioritários de acordo com a especialidade (ver Quadro 5)
- Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19 e estão impossibilitados de realizar o atendimento presencial

Quadro 5 - Urgência, Necessidades Inadiáveis e Casos Eletivos Prioritários no CEO por especialidade

	Urgência Emergência	Necessidades Inadiáveis	Casos eletivos prioritários
Endodontia	- Casos com sintomatologia de urgência de acordo com Quadro 2	- Usuários de grupo de risco sistêmico sem risco à vida, como usuários com risco de osteonecrose, que não podem se submeter à exodontia do dente comprometido endodonticamente, entre outros; - Tratamento odontológico necessário antes de procedimentos médicos críticos como transplantes	- Tratamento endodôntico de dentes permanentes: *Com função estética; *Importantes para a função mastigatória em usuários com poucos elementos dentários; *Suporte de próteses; *De usuários na faixa etária escolar
Periodontia	- Casos com sintomatologia de urgência de acordo com Quadro 2	- Usuários com condição periodontal que pode causar impacto sistêmico sem risco à vida, como gestantes e diabéticos, de forma a estabilizar a condição sistêmica - Tratamentos Periodontais Cirúrgicos, lesão de furca, entre outros, que envolvam condições que afetam o quadro sistêmico. - Tratamento periodontal necessário antes de procedimentos médicos críticos como transplantes.	- Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento endodôntico com priorização de acordo com a priorização em endodontia - Abscessos periodontais ou doenças necrosantes recorrentes - Periodontite com presença de bolsa > 5mm após intervenção na APS.
Estomatologia	- Casos com sintomatologia de urgência de acordo com Quadro 2 - Lesões bucais suspeitas para realização de diagnóstico (com realização de biópsia se necessário) para detecção precoce dos	- Tratamento necessário antes de procedimentos médicos críticos como transplantes. - Lesões bucais não suspeitas, sem sintomatologia dolorosa, mas que apresentam risco sistêmico sem risco à vida.	- Lesões bucais não suspeitas, sem sintomatologia dolorosa, mas que apresentam comprometimento da estética ou da função.

	casos de câncer de boca; - Lesões bucais não suspeitas com sinais\sintomas de atendimento urgente, como dor, febre, sangramento, entre outros, que demandam atendimento especializado		
PNE	- Casos com sintomatologia de urgência de acordo com Quadro 2	- Tratamento necessário antes de procedimentos médicos críticos como transplantes. - Usuários de grupo de risco sistêmico sem risco à vida.	- Qualquer PNE/PcD cujo atendimento não foi possível na APS
Cirurgia	- Cirurgias de condições agudas com impossibilidade de resolução na APS: *Lesões que colocam em risco a saúde do usuário; *Trauma, Fraturas que não envolvem ossos da face; *Luxações; *Frenectomia lingual em casos de comprometimento da alimentação; - Casos com sintomatologia de urgência de acordo com Quadro 2; - Lesões bucais suspeitas para realização de diagnóstico (com realização de biópsia se necessário) para detecção precoce dos casos de câncer de boca.	- Cirurgias de condições que afetam a saúde sistêmica sem risco à vida - Tratamento dentário necessário antes de procedimentos médicos críticos como transplantes.	- Lesões ou dentes inclusos, semi inclusos ou anquilosados apresentando reabsorção óssea\dentária; - Dentes semi inclusos com história de pericoronarite recorrente; - Cirurgia pré-protética (correção de rebordo, aprofundamento de vestibulo, remoção de tórus) para instalação de prótese dentária removível em usuários que necessitam da prótese por motivo estético ou de função pela presença de poucos elementos dentários; - Cirurgias de condições que afetam a função.

4.5.3.3 ATENÇÃO NAS UNIDADES HOSPITALARES PARA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Para organizar a oferta dos atendimentos odontológicos de urgência, emergência, inadiáveis e eletivos nas Unidades Hospitalares, deve-se observar as orientações disponibilizadas no quadro nº 6.

Quadro 6- Orientações para a Atenção nos Hospitais para Odontologia Hospitalar

Onda Vermelha - Atendimento presencial do PNE* com sintomas de emergência/urgência odontológica, conforme orientações disponibilizadas no quadro 2; -Atendimento de Bucomaxilofacial de emergência/urgência odontológica (Procedimentos relacionados ao trauma, lesões com prognóstico suspeito, retiradas de corpos estranhos na face, tratamento de processos inflamatórios e/ou infecciosos agudos; lesões com sintomatologia dolorosa; lesões que colocam em risco a saúde do usuário, entre outros).
Onda Amarela - Atendimento presencial do PNE* com sintomas de emergência/urgência odontológica e inadiáveis, conforme orientações disponibilizadas no quadro 2; - Atendimento presencial do PNE* com necessidades de atenção odontológica prévia à submissão a intervenções médicas; - Atendimento de Bucomaxilofacial de emergência/urgência odontológica (Procedimentos relacionados ao trauma, lesões com prognóstico suspeito, retiradas de corpos estranhos na face, tratamento de processos inflamatórios e/ou infecciosos agudos; Lesões com sintomatologia dolorosa; Lesões que colocam em risco a saúde do usuário, entre outros); - Atendimento de Bucomaxilofacial de inadiáveis (Cirurgias de condições que, se não realizadas, podem afetar a saúde sistêmica do usuário); - Telemonitoramento de usuários que realizaram procedimentos de Bucomaxilofacial antes e durante da pandemia, a fim de identificar a necessidade de consulta de avaliação presencial.
Onda Verde - Atendimento presencial do PNE* com necessidade de atenção odontológica para os quais não foi possível o atendimento na APS/CEO; - Atendimento de Bucomaxilofacial de emergência/urgência odontológica (Procedimentos relacionados ao trauma, lesões com prognóstico suspeito, retiradas de corpos estranhos na face, tratamento de processos inflamatórios e/ou infecciosos agudos; Lesões com sintomatologia dolorosa; Lesões que colocam em risco a saúde do usuário, entre outros); - Atendimento de Bucomaxilofacial inadiáveis (Cirurgias de condições que, se não realizadas, podem afetar a saúde sistêmica do usuário); - Atendimento de Bucomaxilofacial de condições que, se não realizadas, podem afetar a função mastigatória do usuário; -Telemonitoramento de usuários que realizaram procedimentos de Bucomaxilofacial antes, durante a pandemia, a fim de identificar a necessidade de consulta de avaliação presencial.

*Para fins de assistência odontológica, o Ministério da Saúde utiliza-se do conceito de paciente com necessidades especiais (PNE) todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (Cadernos da Atenção Básica, 2004). Os PNE são pessoas com 1- Deficiência física — seqüela de paralisia cerebral (PC), acidente vascular encefálico (AVE),

miastenia gravis (MG); 2. Distúrbios comportamentais — autismo, bulimia, anorexia; 3. Condições e doenças sistêmicas — gravidez, pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes transplantados, pacientes imunossuprimidos, diabetes mellitus, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica, doenças auto-imunes. 5 4. Deficiência mental — comprometimento intelectual devido a fatores pré-natais, perinatais e pós-natais, de origem genética, ambiental ou desconhecida; 5. Distúrbios sensoriais — deficiência auditiva e visual; 6. Transtornos psiquiátricos — depressão, esquizofrenia, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade; 7. Doenças infectocontagiosas — pacientes soro-positivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, tuberculose; 8. Síndromes e deformidades craniofaciais – Síndrome de Down (Santos & Haddad, 2003).

4.5.3.4 ATENÇÃO NOS CENTROS PARA ATENDIMENTO DEFORMIDADE CRÂNIO FACIAL

Para organizar a oferta dos cuidados para Deformidade Crânio Facial devem-se observar as orientações disponibilizadas no quadro nº 7.

Quadro 7 Orientações para a Atenção nos Centros de Atendimento para Deformidade Crânio Facial

Onda Vermelha

- realizar a Teleorientação aos familiares dos RN ou bebês com fenda labiopalatina;
- realizar o Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19.

Onda Amarela

- atendimento ao recém Nascido (RN) (3 a 9 meses) ou bebês que necessitam de cirurgia de queiloplastia/palatoplastia associados alguma comorbidade relacionada ou não à fenda labiopalatina;
- atendimento/cirurgia ao RN com fenda labiopalatina associada com síndrome;
- atendimento/cirurgia prematuro ou baixo peso que não esteja conseguindo se alimentar;
- realizar a Teleorientação aos familiares dos RN ou bebês com fenda labiopalatina identificando a necessidade de atendimento presencial;
- realizar o Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19.

Onda Verde

- atendimento ao recém Nascido (RN) (3 a 9 meses) ou bebês que necessitam de cirurgia de queiloplastia/palatoplastia associados alguma comorbidade relacionada ou não à fenda labiopalatina;
- atendimento/cirurgia ao RN com fenda labiopalatina associada com síndrome;
- atendimento/cirurgia prematuro ou baixo peso que não esteja conseguindo se alimentar;
- atendimento/cirurgia RN ou bebê que necessitam de cirurgia queiloplastia e palatoplastia;
- atendimento aos usuários que necessitam de cirurgias secundárias, cirurgia bucomaxiofacial (enxerto ósseo e cirurgia ortognática), rinosetoplastia.
- realizar a Teleorientação aos familiares dos RN ou bebês com fenda labiopalatina; realizar o Telemonitoramento para usuários que tiveram o tratamento suspenso devido à COVID 19 e que ainda não foram atendidos presencialmente.

REFERÊNCIAS

American Dental Association (ADA). What Constitutes a Dental Emergency? 2020. Disponível em: https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI2Nw==>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 226, de 04 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. Disponível em <http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%830/SEC/2020/226>

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 228, de 16 de julho de 2020. Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020. Disponível em <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/9fb935f04d1b8e4d8eed246b9e82aa0f.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. RESOLUÇÃO CRO-MG Nº 011/2020 de 17 de setembro de 2020. Altera, complementa e revoga normas previstas na Resolução CRO-MG nº 007/2020. Disponível em: http://transparencia.cromg.org.br/baixar_documento/18049

DALDROP, L.A., WIELAND B.V., TOMSIN, K., REYES L., KRAMER B.W., VANTERPOOL, S.F., BEEN J.V. Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. **JDR Clin Trans Res.** 2018 Jan; 3(1): 10–27.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

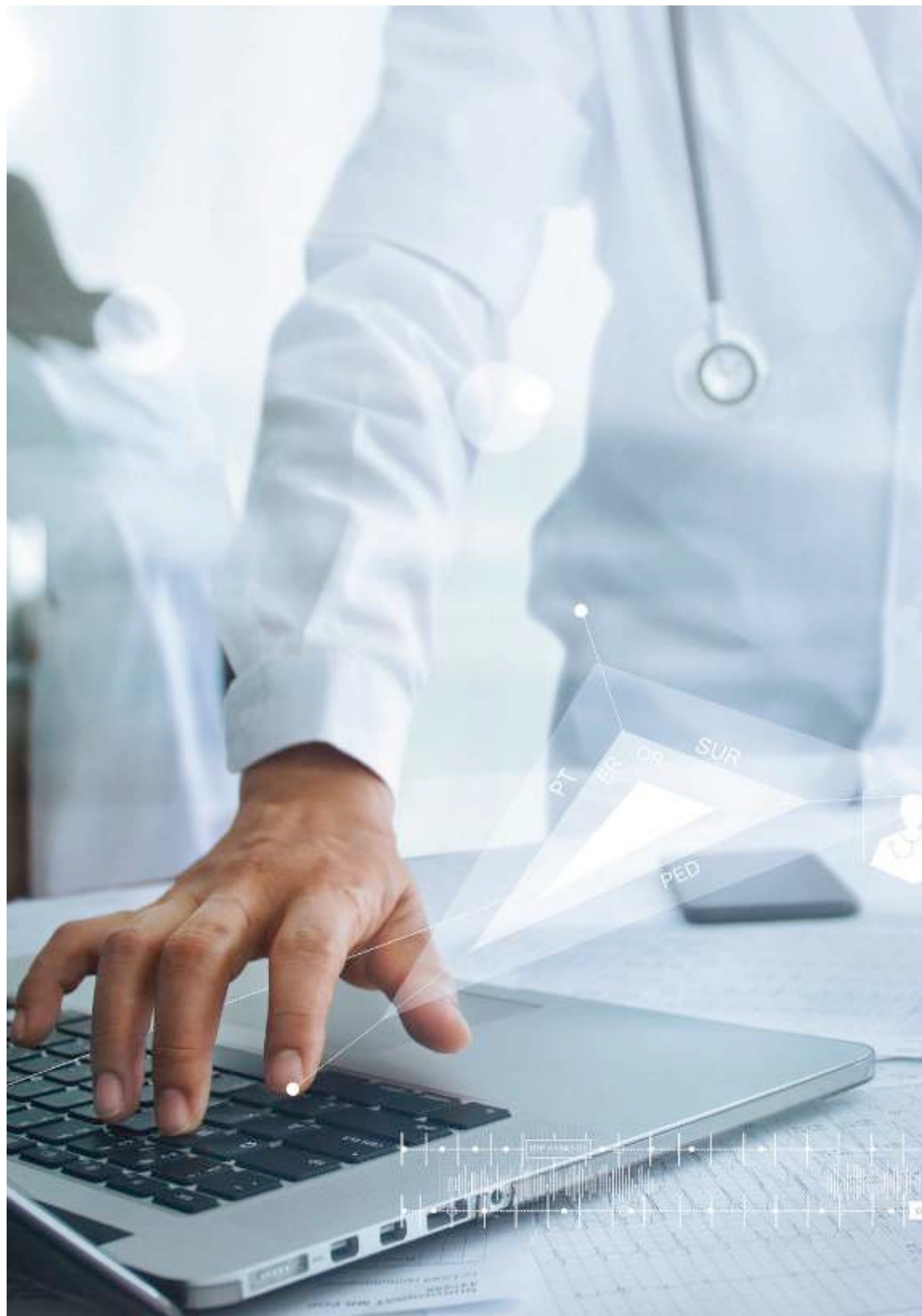
MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica COES Minas COVID-19 nº 67- Belo Horizonte:SRAS/MG, 2020. Disponível: http://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/23-07_Nota-Tecnica-COES-MINAS-COVID-19-N67.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica COES Minas COVID-19 nº 68 -Belo Horizonte:SRAS/MG, 2020. Disponível em http://www.coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/23-07_Nota-Tecnica-COES-MINAS-COVID-19-N68.pdf

NHS, Standard operating procedure. Transition to recovery, A phased transition for dental practices towards the resumption of the full range of dental provision. Londres, Agosto 2020. Disponível em <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/06/C0704-dental-transition-to-recovery-sop-28-august-2020.pdf>

TAYLOR, G.W., BORGNAKKE, W.S. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. **Oral Diseases** 14, Issue 3, April: 191-203, 2008.

WHO, Considerations for the provision of essential oral health services in the context of COVID-19 - Interim guidance. August 2020. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-oral-health-2020.1>



Telessaúde

O Telessaúde se mostrou como uma alternativa para o enfrentamento a COVID-19 para atender às necessidades de saúde, permitindo a troca de informações entre profissionais, entre profissionais e usuários, assim como entre gestores para diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção.

Nesse momento, o Telessaúde abriu oportunidade para consolidação da ferramenta no país e no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a permitir um melhor acesso, uma atenção mais integral e resolutiva e com menor custo.

Esse capítulo tem o objetivo de oferecer informações que qualifiquem a assistência remota no período da pandemia. Serão apresentados conceitos visando padronizar o entendimento das possibilidades de intervenção remota pelos profissionais de saúde. Informações referentes aos aspectos legais das categorias profissionais com maiores atuações nos serviços de saúde abordados no documento, bem como recomendações de boas práticas que podem contribuir para a qualificação dos atendimentos.

5. 1 TELESSAÚDE

A telessaúde tem como conceito a prestação de serviços de saúde pelos profissionais da área, utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). Dessa forma há troca de informações para diagnóstico, tratamento, prevenção, pesquisa, avaliação e educação continuada a fim de promover ações de saúde dos indivíduos e comunidade, nas situações em que a distância é um fator determinante.

A palavra-chave em Telessaúde é a interação: Interação entre os profissionais de saúde e usuário, entre a equipe multidisciplinar e entre profissionais de diferentes pontos de atenção, entre profissionais e gestores de saúde, entre gestores e os usuários, entre diferentes gestores e com os diversos atores importantes no sistema de saúde. A Telessaúde é de extrema importância na consolidação das redes de atenção à saúde, pois, permite incorporar vários mecanismos de articulação, regulação e coordenação do cuidado, além de possibilitar a facilitação do acesso, com qualidade e a redução de custos.

Nesse contexto, pontua-se que as doenças não transmissíveis são a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo. Para haver o controle dessas doenças e consequente não agudização da comorbidade, é necessário garantir a continuidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde que fazem o acompanhamento dos usuários. É importante ainda o engajamento e autocontrole do usuário frente à doença.

Nesse período de pandemia, as equipes de saúde podem utilizar consultas clínicas remotas, ampliando o acesso à saúde de modo a evitar a exposição da população ao novo vírus, por meio da teleconsulta, conforme preconizado pelo MS na Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 e legislações regulamentadoras dos conselhos de classe.

Os atendimentos em Telessaúde podem garantir:

- Melhoria do acesso à rede de saúde pelos usuários, a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, especialmente para moradores de locais distantes dos grandes centros urbanos;
- A interação da Atenção Primária à Saúde (APS) com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS;
- Redução tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados, por meio do matriciamento entre a equipe de APS e especializada;
- Redução das filas de espera, principalmente através da diminuição de encaminhamentos desnecessários;
- A comunicação em saúde entre os profissionais e usuários, minimizando as barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população;
- Maior qualidade do cuidado e menor custo para o SUS;
- Atenção aos princípios básicos de qualidade dos cuidados de saúde: segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no usuário;
- Deslocamentos desnecessários de usuários e profissionais de saúde, ação fundamental especialmente neste período de pandemia, com redução do tempo para resolução de problemas;
 - Ganhos de escala, uma vez que muitos serviços podem ser atendidos por um menor número de profissionais utilizando Telessaúde.

Os modelos de Telessaúde incluem as formas:

a) Assíncrona: comunicação/interação à distância que não ocorre em tempo real e também é conhecida como modelo “off-line” ou “armazenar e enviar”. Os dados (arquivos de áudio, vídeo, texto etc.) são coletados, armazenados e enviados;

b) Síncrona: a interação entre os participantes ocorre em tempo real com a utilização de forma geral de áudio e vídeo e proporciona uma experiência semelhante à situações face a face. Também pode incluir alguma forma de compartilhamento remoto de aplicativo.

São diversas as possibilidades de atuação do Telessaúde. Destacamos algumas a seguir:

5.1.1 Teleconsulta

Consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo profissional de saúde à distância, por meio de tecnologia de informação e comunicação, desde que não seja imprescindível a realização de exame físico para conclusão diagnóstica e terapêutica.

5.1.2 Telemonitoramento

Consiste no monitoramento à distância dos usuários que já tenham realizado atendimento anteriormente, no intervalo entre consultas e quanto aos parâmetros de saúde e/ou doença.

Em cada telemonitoramento, deverá ser avaliada as condições de saúde do usuário e a necessidade de realização de consulta presencial. O monitoramento pode incluir a coleta de dados clínicos, a transmissão, o processamento e o manejo por um profissional de saúde utilizando sistema eletrônico.

5.1.3 Teleorientação

Possibilita a realização do acolhimento, triagem, escuta inicial e orientação, para soluções de dúvidas, esclarecimentos e realização de atividades educativas individuais e coletivas.

Além disso, é um meio que os profissionais de saúde podem orientar e realizar encaminhamentos dos usuários à distância.

5.1.4 Teleinterconsulta

Comunicação registrada e realizada entre profissionais, gestores e outros interessados da área da saúde e da educação, por meio de instrumentos de

telecomunicação bidirecional. Há intuito de esclarecer dúvidas sobre condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, análise de necessidade de encaminhamentos para consultas presenciais com especialistas além do auxílio diagnóstico e terapêutico.

5.1.5 Telediagnóstico

É definido como um serviço que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal.

5.1.6 Teleregulação

Conjunto de ações em sistemas de regulação com intuito de equacionar respostas adequadas às demandas existentes, promovendo acesso e equidade aos serviços, possibilitando a assistência à saúde. Inclui também a avaliação e o planejamento das ações, fornecendo à gestão uma inteligência reguladora operacional.

A teleregulação visa fortalecer o atendimento na Atenção Primária em Saúde, permitindo qualificar e reduzir as filas de espera no atendimento especializado.

5.1.7 – Teleducação

Conferências, aulas, cursos, ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde ministrados a distância por meio de TICs.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O exercício da Telessaúde prestado a usuários pelos profissionais de saúde deve obedecer, obrigatoriamente, as Resoluções de cada Conselho de Classe, os princípios legais e éticos da profissão, atendendo aos preceitos éticos de beneficência, não maleficência, o armazenamento e o sigilo das informações e o registro do atendimento em prontuário clínico.

Deve ainda se atentar quanto ao uso de sistemas e tecnologias de comunicação com padrões de verificação, confidencialidade, armazenamento da informação e segurança reconhecidos e adequados.

O registro do telessaúde deve constar nos prontuários clínicos com as seguintes informações seja no campo da promoção, vigilância e atenção à saúde:

- A) os dados clínicos necessários para a boa condução do caso (queixa principal, observação clínica profissional, histórico do usuário, avaliação, orientação, plano de tratamento, solicitação de exames e encaminhamentos) sendo preenchido/atualizado em cada contato com o usuário;
- B) data e hora do início e término do atendimento/monitoramento/orientação e a tecnologia utilizada para realização do contato, se foi síncrona ou assíncrona;
- C) profissionais envolvidos contendo o registro do conselho profissional de classe;
- D) localização do usuário do momento da atividade;
- E) presença ou não do facilitador, quando o usuário necessitar de algum acompanhante para realização da consulta.

É responsabilidade da unidade de saúde e/ou profissional, a guarda dos registros eletrônicos ou digital em prontuário/formulário específico para telessaúde.

A emissão de receitas, exames e atestados médicos/odontológicos à distância será válida em meio eletrônico, mediante o uso de assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil e devem conter, no mínimo, as seguintes informações: I - identificação do profissional de saúde, incluindo nome e registro do conselho de classe; II - identificação e dados do paciente; III - registro de data e hora; e IV - duração do atestado se for a finalidade do documento. A prescrição de receita deverá observar os requisitos previstos em atos da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A Teleconsulta e o telemonitoramento devem ser devidamente consentidos pelo usuário ou seu representante legal e realizados por livre decisão e sob responsabilidade do profissional. Ademais, devem ser utilizados um meio de comunicação e tecnologia que garanta a integridade, segurança e sigilo das informações. A solicitação para este consentimento deve ser feita pela instituição

e/ou profissional responsável de forma explícita, clara e transparente, de modo que o usuário entenda perfeitamente do que se trata. Se houver alguma alteração na motivação deverá ser realizado um novo pedido de autorização para o usuário. De qualquer forma, o usuário tem o direito de revogar esse consentimento se assim desejar, além de solicitar o acesso aos dados e efetuar alterações, atualizações, correções e supressões. O consentimento deverá ser fornecido por escrito ou por outro meio previamente estabelecido que demonstre a manifestação de vontade do titular. No anexo 2 segue modelo que poderá ser adequado pelos serviços de saúde/profissionais de saúde.

Os serviços de saúde regionalizados poderão solicitar apoio da Atenção Primária dos Municípios por meio das Unidades Básicas de Saúde a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e encaminhar o documento assinado para ser anexado no prontuário.

O consentimento obtido deve estar em conformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) - Lei 13.709/2018. A LGPD, em vigor desde agosto de 2020, dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade.

Para garantir a segurança dos dados prevista pela LGPD, as tecnologias precisam inserir funcionalidades específicas e questões técnicas, incluindo:

- ▣ Criptografia de ponta a ponta, que significa codificar os dados para que ela fique ilegível na origem e decodificá-lo no destino, onde serão acessados apenas por pessoas autorizadas;
- ▣ Sistema de validação de transferência dos arquivos, para garantir a integridade dos dados ao profissional de saúde, ou seja, que o arquivo não foi corrompido ao longo do processo;
- ▣ Acesso individualizado, garantindo que apenas profissionais de saúde cadastrados tenham acesso ao prontuário do usuário;
- ▣ Sistema de armazenamento seguro, para que os dados estejam de fato disponíveis quando houver necessidade.

Cabe salientar que conforme Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 e legislações dos conselhos de classe, estão autorizados em caráter excepcional, alguns recursos de telessaúde durante o período de emergência em saúde pública.

5.2.1 Legislações dos Conselhos

- 1) [Conselho Federal de Medicina Resolução CFM nº 1.643/2002](#) - Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.
- 2) Ofício CFM nº 1756/2020 - CONJUR - https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
- 3) [Portaria MS 467 de 20 de março de 2020](#)
- 4) [Resolução COFEN nº 634 de 26 de março de 2020](#) - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 5) [Resolução nº 04 de março de 2020](#) - Conselho Federal de Psicologia - CFP
- 6) [Resolução CFN nº 646 de 18 de março de 2020](#) - Conselho Federal de Nutrição - CFN
- 7) [Resolução CFN nº 660 de 21 de agosto de 2020](#) - Conselho Federal de Nutrição - CFN.
- 8) [Resolução nº 516 de 20 de março de 2020](#) - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO
- 9) [Resolução CFFA nº 580 de 20 de agosto de 2020](#) - Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFA
- 10) [Resolução CFO nº 226 de 4 de junho de 2020](#) - Conselho Federal de Odontologia

5.3 ABORDAGEM DO TELESSAÚDE

A Telessaúde deve ser voltada principalmente para as necessidades dos usuários, e também aos profissionais e sistemas de saúde, e não guiada somente pela tecnologia. As ações devem ser adaptadas aos cenários, e seus impactos devem ser dimensionados em cada uma das áreas envolvidas. O planejamento desde o início da inserção dessas ferramentas na prática assistencial é fundamental para alcançar serviços sustentáveis.

O profissional de saúde tem autonomia e independência e deve avaliar quais usuários podem ser atendidos ou acompanhados a distância, devendo tal decisão basear em evidências científicas e na segurança de seus usuários além de critérios clínicos quanto ao controle e prevenção de agravamentos. A cada atendimento remoto o profissional deve avaliar a necessidade de atendimento/acompanhamento presencial:

Podem ser abordados no telessaúde:

- Rastreamento, busca ativa, monitoramento de usuários prioritários, de risco e com problemas sistêmicos, de suspeitas de COVID-19 e

contactantes e com os que possuem comorbidades crônicas, verificando se houve agudização da comorbidade;

- ▢ Escuta inicial, atividades educativas individuais ou coletivas, envio de materiais informativos (vídeos, áudios, cartilhas, guias de atividades), orientações verbais, orientações sobre atividades a serem trabalhadas no ambiente domiciliar;
- ▢ Atendimento pré-clínico, suporte assistencial, de consulta e diagnóstico;
- ▢ Atendimento de demanda espontânea identificando a necessidade de um atendimento presencial;
- ▢ Avaliação da condição clínica do usuário analisando quanto o risco X benefício de deslocamento ao serviço de saúde, em decisão compartilhada para aqueles que compõem grupo de risco;
- ▢ Comparativo das condições clínicas entre o último e o atual atendimento remoto;
- ▢ Verificação se há novas demandas apresentadas e avaliação dos resultados;
- ▢ Solicitação de exames complementares, renovação de receitas médicas e novas prescrições;
- ▢ Discussão de casos clínicos entre profissionais e entre estes e instituições de ensino e pesquisa para a definição da oportunidade/necessidade de procedimentos operatórios, matriciamento, compartilhamento, solução de dúvidas;
- ▢ Educação em Saúde para os usuários assumir um papel mais ativo no controle da doença, promoção do autocuidado além evitar interrupções do tratamento em decorrência da suspensão dos atendimentos presenciais na pandemia;
- ▢ Aconselhamento e monitoramento ao usuário com sofrimento mental em decorrência do contexto atual de isolamento social;
- Qualificação da fila de espera para os serviços especializados;
- ▢ Encaminhamento para outros profissionais/especialidades nas Redes de Atenção de Saúde (RAS), em tempo oportuno.

Durante o atendimento remoto, o(s) profissiona(is) de saúde devem fazer uma avaliação mais ampla (atendimento mais atento às questões do ambiente) como expressões que o usuário faz e os ruídos no local de

forma a complementar a avaliação e identificar fatores que possam estar contribuindo positiva ou negativamente na adesão ao tratamento, promoção do autocuidado e autonomia além da manutenção do estado de saúde.

5.4 BOAS PRÁTICAS

O Telessaúde exige que as tecnologias de informação e comunicação sejam utilizadas para prestar um melhor cuidado, e para tal devem ser considerados:

- ▣ A primeira consulta com o usuário deve ser presencial, a partir daí, com o usuário já conhecido e registrado, pode ser monitorado ou receber uma orientação via remota;
- ▣ Importante que a decisão pelo atendimento remoto ou presencial seja compartilhada entre profissional de saúde e usuário e que o atendimento presencial não seja negado nos casos necessários, mas que as especificidades sejam analisadas;
- ▣ É necessário verificar se o usuário tem acesso a tecnologia e agendar um horário adequado para o telessaúde;
- ▣ É necessário verificar se o usuário ou responsável concordou formalmente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para telessaúde e se o documento está assinado. O TCLE autorizando deve ser registrado em prontuário, em caso de não aceitação deve constar registro no prontuário;
- ▣ Deve-se utilizar questionários pré-clínico durante o telessaúde;
- ▣ É necessário verificar se a tecnologia utilizada pelo usuário permite o recebimento dos documentos gerados na teleconsulta, como atestados, prescrições, pedidos de exames, relatórios;
- ▣ O Plano terapêutico/plano de cuidado deverá ser reajustado de acordo com o atendimento e monitoramento realizado, baseado no plano terapêutico/cuidado pré-existente;
- ▣ A prestação de serviços de saúde à distância deve ser realizada em ambientes onde a privacidade, a responsabilidade e a segurança dos usuários possam ser garantidos, orientando ao usuário que se preserve antes do início das consultas, evitando que terceiros se aproximem;

- ▢ Orientar para que o usuário procure um ambiente mais favorável para realização da telessaúde caso as condições do seu domicílio ou outro local permitam como ambiente tranquilo e baixo ruído para execução do atendimento remoto;
- ▢ No atendimento a menores de idade, usuários idosos, pessoas com deficiência, é importante reportar aos pais ou responsáveis, cuidador ou facilitador;
- ▢ Por questões de segurança de dados sensíveis, é recomendável que os telefones pessoais dos profissionais de saúde não sejam utilizados para teleconsultas ou armazenar dados dos usuários;
- ▢ Deve-se orientar o usuário para que anote todas as dúvidas, sintomas e perguntas antes do início da telessaúde;
- ▢ Orientar aos usuários quais serão os materiais necessários para o atendimento, evitando que saia durante a sessão;
- ▢ Orientar que o usuário esteja disponível 10 min antes da telessaúde para realização de testes de acesso;
- ▢ Em chamadas de vídeo, solicitar que o usuário enquadre a face para realizar a leitura orofacial e que sejam realizadas em lugares com boa iluminação, sem ruído, com TV e outros equipamentos desligados;
- ▢ Recomenda-se iniciar o atendimento com uma conferência inicial e uma conversa “quebra gelo” para avaliar a tecnologia e resolver possíveis problemas antes da telessaúde;
- ▢ Atentar-se para a comunicação não verbal, observando expressões e entonação. Falar pausadamente, verificando se o usuário está compreendendo o que está sendo discutido e analisado;
- ▢ Quando estiverem presentes outros profissionais de saúde na consulta, todos devem ser apresentados. Caso o usuário não esteja sozinho, o mesmo também deve apresentar seus acompanhantes em consulta familiar;
- ▢ Definir quais profissionais da equipe estarão envolvidos no processo e qual o tempo reservado na carga horária de cada profissional para os atendimentos;
- ▢ Compartilhar com todos os profissionais dos serviços de saúde quanto aos objetivos do telessaúde para transmitirem essas informações aos usuários;

- Identificar os recursos tecnológicos existentes nas unidades de saúde para a execução da telessaúde;
- Em serviços regionalizados, caso seja constatado a inviabilidade do telessaúde, verificar a possibilidade da execução do atendimento nas unidades básicas de saúde de origem de forma evitar o deslocamentos entre municípios;
- Garantir que as unidades de saúde tenham um endereço de e-mail, aplicativos de comunicação que garanta o sigilo das informações para a realização do telessaúde.
- Verificar junto ao usuário se foi observada alguma dificuldade em realizar suas atividades do dia a dia, desde o último teleatendimento/telemonitoramento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde** / Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em 01 set. 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-634-de-26-de-marco-de-2020-249995879>. Acesso em 01 out.. 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 516 de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 de mar. de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-516-de-20-de-marco-de-2020-249246946>. Acesso em 01 de out. de 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFA nº 580 de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de ago. de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cffa-n-580-de-20-de-agosto-de-2020-273916256>. Acesso 01 de out. de 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 ago. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em 01 set. 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1756/2020 - CONJUR. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf[5] [6]

BRASÍLIA. Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN nº 646, de 18 de março de 2020. Suspende até o dia 31 de agosto de 2020 o disposto no artigo 36 da Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018, que aprova o Código de Ética e de Conduta dos Nutricionistas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-646-de-18-de-marco-de-2020-248808850>. Acesso em 01 de out. de 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 226 de 4 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 de jun. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-226-de-4-de-junho-de-2020-260295994>. Acesso 01 de out. de 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN nº 66, de 21 de agosto de 2020. Suspende até o dia 28 de fevereiro de 2021 o disposto no artigo 36 da Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018, que aprova o Código de Ética e de Conduta dos Nutricionistas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 de ago. de 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_660.pdf. Acesso em 01 de outubro de 2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 04, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.

Diário Oficial da União. Brasília, 30 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de--26-de-marco-de-2020-250189333>. Acesso em 01 set. 2020.

Lopes MAC, Oliveira GMM, Ribeiro ALP, Pinto FJ, Rey HCV, Zimmerman LI, et al Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; [online].ahead print, PP.0-0.

Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Evidência e Inteligência para ação em saúde. Saúde Digital: uma estratégia para manter a assistência à saúde de pessoas que vivem com doenças não transmissíveis durante a pandemia de COVID-19. 2020

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Manual de teleconsulta na APS. Porto Alegre, jun. 2020.

ANEXOS

Anexo 01: Formulário “Balizador para estratificação do risco e atendimentos inadiáveis no período da COVID-19”.

FORMULÁRIO – BALIZADOR PARA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO E ATENDIMENTOS INADIÁVEIS NO PERÍODO DO COVID-19

Nome do usuário:	Data de Nascimento:	Idade:
Filiação:		
Diagnóstico do usuário:		
Instituição:	Data da aplicação:	
Técnicos Respondentes:		

Item 1: Balizadores dos riscos e atendimentos inadiáveis de Reabilitação Intelectual

Pontuação		4	3	2	1	0
Aspectos Biológicos	1) Idade	0 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 13 anos	14 a 27 anos	> 28 anos
	2) Saúde	Muito Ruim	Ruim	Boa	Muito boa	Ótima
Aspectos Psicológicos	3) Intelectual	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Média	Acima da média	Muito acima da média
	4) Comportamento Adaptativo Conceitual	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	5) Comportamento Adaptativo Social	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	6) Comportamento Prático	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
Aspectos Sociais	7) Participação	Nenhuma	Microssistema	Mesossistema	Macrossistema	
	8) Socioeconômico	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	9) Apoio e cuidado	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom	Ótimo
	10) Estrutura Familiar	Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa	Ótima
SUBTOTAIS:						
SOMATÓRIO TOTAL=						

Item 2: Risco de saúde do usuário para desenvolver a forma grave do COVID-19 (Marque com um X)

Muito alto	Alto	Médio	Baixo

Item 3: Qual o interesse do usuário/família quanto a modalidade de atendimento (Marque com um X)

Telereabilitação	Presencial	Domiciliar	Nenhuma

1. RESULTADO

NECESSIDADE DE ATENDIMENTO (risco e atendimentos inadiáveis)	
NÚMERO DA ESTRATIFICAÇÃO	
MODALIDADE DE ATENDIMENTO PROPOSTO	
CONCORDÂNCIA DOS TÉCNICOS (S) QUANTO A NECESSIDADE DE ATENDIMENTO E A MODALIDADE PROPOSTA QUESTIONÁRIO	

MANUAL – BALIZADOR PARA A CONDUÇÃO DOS ATENDIMENTOS NO PERÍODO DE PREVENÇÃO AO COVID-19

1. INSTRUÇÃO PARA A APLICAÇÃO

A aplicação do protocolo deve ser realizada em conjunto pelos técnicos de referência que realizam os atendimentos de reabilitação/habilitação dos usuários com risco ou Deficiência Intelectual/TEA, devendo os mesmos discutirem tecnicamente para chegarem a um consenso sobre as respostas. O protocolo deve ser respondido de forma individual para cada usuário, **NÃO** tendo respaldo para orientação de trabalhos a serem realizados em grupos.

1.1 Item 1: Balizadores da necessidade de atendimentos de Reabilitação Intelectual

Na **TABELA 1** a cada linha deve ser escolhida a opção que melhor corresponde à realidade do usuário neste momento. A primeira linha corresponde a pontuação que cada item receberá ao final da aplicação. Apenas uma resposta pode ser considerada como certa para cada item. No total são 10 itens a serem avaliados, que poderão receber a pontuação de 4, 3, 2, 1, 0. É obrigatório a consideração e marcação dos 10 itens para efetividade do protocolo, sendo que cada um deles são explicados na tabela abaixo:

TABELA 2: ORIENTAÇÃO QUANTO AOS BALIZADORES DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTOS

Pontuação		Consideração
Aspectos Biológicos	1) Idade	A classificação das idades é referente a divisão do autodeclaratório do estado. É considerado que quanto mais novo maior será a classificação de risco de necessidade de atendimento tendo em vista os dados da neurociência sobre a plasticidade cerebral.
	2) Saúde	Deve ser levado em consideração as condições gerais de saúde física e mental do usuário, tais como: adoecimento e internações frequentes; imunidade; nutrição; higiene e cuidado; doenças crônicas; doenças inflamatórias, doenças parasitárias; doenças mentais; uso de dispositivos para sobrevivência ou qualidade de vida (respiratório, físicos, visuais, OPM's, bolsas de colostomia, etc.), dentre outros. Deve ser observado se durante o período de isolamento por causa da pandemia do COVID-19 houve prejuízos na saúde do usuário, ou surgimento de doenças e/ou sintomas/sofrimento psíquicos (ex.: depressão, ansiedade).
Aspectos Psicológicos	3) Intelectual	A habilidade intelectual pode ser observada a partir do resultado do teste de inteligência, assim como a observação clínica dos técnicos de referência, considerando as capacidades de: raciocínio, resolução de problemas, planejamento ou aprendizagem com a experiência.
	4) Comportamento Adaptativo Conceitual	O comportamento adaptativo conceitual pode ser avaliado através da aplicação de testes, protocolos, e observação clínica do estado atual do usuário, considerando uma média em relação as suas potencialidades e limitações referentes as capacidades de: habilidades acadêmicas e de comunicação, linguagem receptiva, linguagem expressiva, leitura e escrita, manejo de dinheiro, matemático, e autodirecionamento.
	5) Comportamento Adaptativo Social	O comportamento adaptativo social pode ser avaliado através da aplicação de testes, protocolos, e observação clínica do estado atual do usuário, considerando uma média em relação as suas potencialidades e limitações referentes as capacidades: interpessoais, responsabilidade, autoestima, credulidade, ingenuidade, seguir regras, obedecer às leis, vitimização, respeito.

	6) Comportamento Prático	O comportamento adaptativo prático pode ser avaliado através da aplicação de testes, protocolos, e observação clínica do estado atual do usuário, considerando uma média em relação as suas potencialidades e limitações referentes as capacidades de: Atividades de vida diária – AVD (transitar; autocuidado; vestir-se; mobilidade; alimentação/comer; higiene pessoal (uso do banheiro, banho, controle de esfínteres); e Atividades instrumentais de vida diária - AIVD (preparo das refeições; cuidado e limpeza com a casa; uso de transportes; tomar remédios; uso do telefone; manter o ambiente seguro; ir às compras; gerir o dinheiro).
Aspectos Sociais	7) Participação	A participação do usuário pode ser avaliada através da aplicação de protocolos, relatos e observação clínica. Deve considerar a realidade do usuário antes da pandemia do COVID-19, visto que a participação social está fragilizada por barreiras externas. Contudo, deve levar em consideração se o momento atual fez com que o usuário tenha diminuído sua participação social de modo que tal fator esteja prejudicando o seu quadro clínico, neste caso pode marcar a realidade atual. Deve ser feita uma média em relação as potencialidades e limitações na participação do usuário em: eventos; interação familiar; amigos; escola e comunidade; trabalho; lazer; recreação; vida espiritual. Considerando que: Nenhuma: usuário não tem nenhuma participação e interação; Microssistema: participação e interação do usuário restringe ao ambiente imediato (pessoa; família; apoiador direto); Mesossistema: participação e interação do usuário se amplia para o contato com a comunidade e vizinhos (escola, igreja, eventos); Macrossistema: participação e interação do usuário se amplia para a sociedade, cultura, país, sociopolítica;
	8) Contexto – Socioeconômico	Os fatores socioeconômicos perpassam a vivência e experiência do usuário conforme questões sociais e econômicas, o que contribui para moldar a sua personalidade, atitudes e estilo de vida. Devem ser observados quesitos do usuário e ambiente em que está inserido tal como: educação; remuneração e ocupação; lugar de residência; cultura/etnia; religião. Muito ruim: a renda financeira é insuficiente e a família tem ausência do básico para sobreviver, bem como a participação social é baixa. Ruim: a renda financeira é insuficiente, mas com auxílio de terceiros e/ou programas sociais (bolsa família, BPC, auxílio emergencial) a família consegue recursos para suprir as despesas básicas, porém a participação social é restrita visto que não sobra recursos financeiros para promoção de cultura e lazer. Bom: a renda financeira é suficiente para cobrir as despesas básicas, e a participação social se restringe a escola, vida espiritual, comunidade. Muito bom: a renda financeira é suficiente para as despesas básicas com qualidade, e o usuário e família conseguem ter uma participação social efetiva na comunidade, escola, vida espiritual, lazer, recreação, participação em eventos, festas. Ótimo: a renda financeira cobre além das despesas básicas, dando oportunidade do usuário e família a terem uma participação social ativa, com acesso à educação, cultura e lazer de boa qualidade.
	9) Contexto – Apoio e cuidado	Em relação aos fatores de apoio e cuidado deve ser observado a relação do cuidador/responsável com o usuário, considerando: o vínculo afetivo e emocional; a responsabilidade e compromisso com o cuidado e apoio; a compreensão em relação as orientações e instruções dos técnicos; a execução das atividades repassadas pelos técnicos de referência.

	10) Contexto – Estrutura Familiar	Em relação a estrutura familiar deve considerar o vínculo afetivo emocional dos membros imediatos do convívio do usuário. A rede de apoio em situações de necessidade e/ou emergência. A participação e envolvimento efetivo na reabilitação e tratamento do usuário.
--	--	---

1.2 Item 2: Risco de saúde do usuário para desenvolver a forma grave do COVID-19

Deve-se marcar com **X** a opção que melhor responde o risco de saúde do usuário para desenvolver a forma grave do COVID-19. Apenas uma opção será considerada como correta.

1º Passo: avaliar se o usuário apresenta algum dos critérios para definir o risco para desenvolver a forma grave do COVID-19 que se encontra na **TABELA 2**.

2º Passo: realizar a classificação do risco para desenvolver a forma grave do COVID-19 seguindo as orientações da **TABELA 3**.

TABELA 3: CRITÉRIOS PARA DESENVOLVER A FORMA GRAVE DO COVID-19

Doenças cardiovascular
Hipertensão
Diabetes
Doença Hepática
Doença neurológica crônica ou neuromuscular
Imunodeficiência por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/ radioterapia)
Infecção pelo HIV
Doença renal/ paciente em diálise
Doença respiratória crônica
Câncer (tumor sólido ou hematológico)
Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica.
Gestante de alto risco
Idade acima de 60 anos
Outros

TABELA 3: CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVER A FORMA GRAVE DO COVID-19

Risco	Consideração
Muito alto	Usuário apresenta um ou mais critérios de risco e o quadro de saúde é instável (ex.: doenças descompensadas, internações e/ou infecções/inflamações frequentes.)
Alto	Usuário apresenta um ou mais critérios de risco e o quadro de saúde é estável. (ex.: doenças compensadas)
Médio	Usuário não apresenta nenhum critério de risco, contudo adoece com facilidade (ex.: resfriados, alergias, inflamações).
Baixo	Usuário não apresenta nenhum critério de risco e apresenta uma boa saúde de maneira geral, dificilmente adoece.

1.3 Item 3: Qual o interesse do usuário/família quanto a modalidade de atendimento (Marque com um X)

Deve-se marcar com **X** a opção que melhor responde ao interesse do usuário e/ou sua família quanto a modalidade de atendimento. Apenas uma opção será considerada como correta. É importante saber o interesse do usuário/família na modalidade de atendimento, visto que ainda que o formulário indique uma forma de atendimento, bem como o técnico de referência, sem adesão o formato não terá sucesso. Devem ser considerados o contexto familiar, a situação econômica e o transporte do usuário ao se propor a modalidade presencial, assim como deve haver adesão e comprometimento na modalidade de telereabilitação uma vez que o usuário/família deverá seguir as orientações e retirar dúvidas de forma remota. A modalidade domiciliar deve ser avaliada pela instituição se conseguirá oferecer esse tipo de atendimento de forma sistematizada, uma vez que demanda transporte e maior carga horária do técnico de referência. Caso necessário a instituição poderá articular com outros serviços de atendimento domiciliar do município. O usuário/família deve estar de acordo com a modalidade de atendimento proposto e se responsabilizar pelo compromisso de seguir as orientações como combinado com os técnicos de referência. É importante que a família assine um termo de consentimento em relação a modalidade de atendimento proposto.

2. CORREÇÃO

INTRUÇÃO: Na tabela 1 a princípio deve realizar o subtotal das pontuações das marcações que foram feitas em cada coluna, ou seja, somar todas as pontuações de 4 pontos, 3 pontos, 2 pontos, 1 ponto, 0, e anotar no campo de referência. Após deverá fazer o somatório de todos os subtotais, anotar no campo correspondente, sendo esse valor considerado com o escore bruto.

A seguir deverá ser realizado a classificação da necessidade de atendimento do usuário conforme a tabela 4 ao lado.

TABELA 4: CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E ATENDIMENTOS INADIÁVEIS

Pontuação	Classificação
0 a 10	Baixo Risco
11 a 20	Médio Risco
21 a 30	Alto Risco
31 a 40	Muito Alto Risco

2.1 ESTRATIFICAÇÃO DO BALIZADOR ENTRE A NECESSIDADE DE ATENDIMENTO E O RISCO PARA DESENVOLVER A FORMA GRAVE DO COVID-19

INSTRUÇÃO: Após o somatório e classificação da necessidade de atendimento do item 1 e a identificação do risco para desenvolver a forma grave do COVID-19 do item 2 será realizado uma combinação entre os dois elementos. Na tabela 5 deve ser identificado a linha em que melhor classifica a necessidade de atendimento, após deve identificar a coluna que melhor classifica o risco para desenvolver a forma grave do COVID-19. A combinação entre linha e coluna será referenciada por um número. São 16 probabilidades sendo que deve ser marcada apenas uma opção. Na tabela 3 será encontrada a modalidade de atendimento indicada para cada caso, bem como algumas ressalvas e considerações a serem observadas.

TABELA 5: BALIZADORES - CLASSIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO X RISCO PARA DESENVOLVER A FORMA GRAVE DO COVID-19

		Risco para desenvolver a forma grave do COVID-19			
		Muito Alto	Alto	Médio	Baixo
Classificação da Necessidade de Atendimento	Baixo Risco	(1)	(2)	(3)	(4)
	Médio Risco	(5)	(6)	(7)	(8)
	Alto Risco	(9)	(10)	(11)	(12)
	Muito Alto Risco	(13)	(14)	(15)	(16)

TABELA 6: DEFINIÇÃO DA MODALIDADE DE ATENDIMENTO

Modalidade de Atendimento	Balizadores	Considerações
Telemonitoramento (atendimentos remotos síncronos ou assíncronos em follow-up para manutenção do quadro)	1, 2, 3, 4,	Devido à baixa necessidade de atendimento é importante reavaliar a permanência do usuário no processo de reabilitação. Em caso de processos de alta/desligamento avaliar a possibilidade de realizar o atendimento de forma presencial, considerando o risco para desenvolver a forma grave do COVID-19 e o interesse da família, visto que o usuário irá se expor e conforme o risco pode aguardar para receber a alta futuramente, mantendo-se em telemonitoramento.
Telereabilitação	5, 6, 9, 10	Devido ao risco de desenvolver a forma grave do COVID-19 indica-se manter os atendimentos de forma remota com intuito de resguardar o usuário e sua família. Deve ser levado em consideração a participação e desempenho do usuário e sua família nessa modalidade de atendimento. Em casos específicos deve ser avaliado o risco benefício do retorno a modalidade

Formulário – Balizador para a condução dos atendimentos no período de prevenção ao COVID-19

		presencial, bem como o interesse e responsabilização da família, diante disso é OBRIGATÓRIO um parecer técnico justificando a necessidade do retorno ao atendimento presencial.
Presencial	8, 12, 16	Devido ao baixo risco de desenvolver a forma grave do COVID-19 indica-se o retorno ao atendimento presencial. É necessário avaliar o interesse e responsabilização da família quanto a essa modalidade. Caso o usuário e/ou sua família apresentem sintomas gripais, foram diagnosticados suspeita ou com COVID-19, e/ou tiveram contato com uma pessoa com suspeita ou confirmada de COVID-19 os atendimentos presenciais devem ser suspensos por pelo menos 14 dias a partir da manifestação dos sintomas e durante esse período o técnico deverá oferecer a modalidade de Telereabilitação.
Domiciliar/Telereabilitação	13, 14	Devido à alta necessidade de atendimento combinado com o alto risco de desenvolver a forma grave do COVID-19 indica-se o atendimento domiciliar. Para isso a instituição deve verificar a disponibilidade e recursos para oferecer tal modalidade, podendo articular com a rede de saúde do município esses atendimentos. Deve ser levado em consideração o interesse do usuário/família. O atendimento domiciliar pode ser realizado alternadamente com o atendimento em Telereabilitação conforme realidade da instituição e interesse da família.
Presencial/ Telereabilitação	7, 11, 15	Devido à necessidade de atendimento média a muita alta combinado com médio risco para desenvolver a forma grave do COVID-19, indica-se verificar o interesse e responsabilização da família quanto ao retorno do atendimento presencial, podendo o atendimento sem alternado com a Telereabilitação.

PARA CONCLUIR: O(s) técnico(s) devem responder a última questão se concorda(m) com a necessidade de atendimento do usuário (risco e atendimentos inadiáveis), bem como a modalidade de atendimento que foi definida pelo formulário. Caso **POSITIVO** pode(m) conduzir com os atendimentos conforme orientação da instituição. Caso **NEGATIVO** deve(m) elaborar um parecer técnico com as considerações de cada área/profissional justificando a necessidade de modificar o formato de atendimento do usuário, nesse caso, cabe a coordenação da instituição avaliar e conduzir a melhor forma de trabalho para aquele usuário.

**IMPORTANTE: TODAS AS RESPOSTAS DEVEM SER TRANSCRITAS PARA A FOLHA DO
FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO**

* Esse formulário foi desenvolvido como recurso para nortear os Centro Especializados de Reabilitação Intelectual/TEA para os quesitos a serem observados e considerados para a indicação das modalidades de atendimento domiciliar, presencial, telereabilitação no período da pandemia do COVID-19. Para sua elaboração foi realizado uma pesquisa sobre os estudos científicos sobre a Deficiência Intelectual e TEA. O protocolo piloto foi preenchido através do *google form*, pelos técnicos no Centro Especializado de Reabilitação – CER III APAE de Pará de Minas, no período de 11/09/2020 a 18/09/2020 totalizando 30 respostas. Através das respostas foi possível estratificar os balizadores a serem considerados para a escolha da modalidade, como também propor melhorias e explicações mais adequadas para o protocolo. Por fim, vale ressaltar que o protocolo **NÃO É VALIDADO E CIENTÍFICO**, apesar de ter partido de um estudo científico, as respostas são subjetivas aos técnicos com base nas suas vivências empíricas, devendo ser utilizado apenas como um norteador. O interesse e responsabilização da família é um fator que deve ser considerado ao propor uma modalidade de atendimento para a mesma. As famílias que se sentirem inseguras quanto aos atendimentos domiciliar e/ou presencial pode ser proposto a modalidade de telereabilitação. A modalidade de atendimento deverá ser avaliada sempre que surgir um novo fator determinante, tal como: a mudança do interesse da família; a condição de saúde do usuário; fatores naturais como a situação da pandemia do COVID-19 em cada município e estado.

ANEXO 02**MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

() Nome do paciente_____RG_____CPF_____
(maior de idade e capaz)

() Nome do responsável_____RG_____CPF_____
referente ao paciente_____RG_____CPF_____
(menor de idade ou incapaz)

Eu, em plena capacidade para exercer os atos da vida civil, por meio deste instrumento, autorizo, na condição de paciente e/ou seu representante legal, o atendimento por meio de comunicação eletrônica (Telessaúde) pela equipe do serviço de saúde_____, na modalidade de (Teleconsulta, Teleorientação, Teleinterconsulta, Telemonitoramento), por meio da tecnologia de informação e comunicação (informar plataforma utilizada), considerando as orientações do Ministério da Saúde e dos conselhos de classe dos profissionais de saúde envolvidos na assistência durante o período da pandemia da COVID-19. O principal objetivo do atendimento à distância neste momento é a não exposição de pacientes e/ou responsáveis ao risco de infecção.

Estou ciente de que este tipo de atendimento é pessoal e intransferível, portanto, não poderá ser utilizado por terceiros não autorizados.

Pelo presente Termo, o paciente/responsável também declara que foi devidamente informado e está ciente das limitações de uma consulta não presencial, que inviabiliza a realização de exame físico e/ou falta de interação presencial, considerado de suma importância para o correto diagnóstico e tratamento da sua condição.

Declaro que autorizo também a realização de todos os atos referentes ao atendimento pelo profissional de saúde e que poderão fazer parte do meu prontuário (físico ou eletrônico) informações como registro da assistência prestada via Telessaúde, arquivamento de imagens, exames complementares e outros documentos referentes ao atendimento.

Fica ressaltado que o profissional de saúde pode julgar necessária a realização de uma consulta presencial, para complementação de sua avaliação, ou, ainda, a continuidade do acompanhamento de forma presencial. A data da consulta

presencial será informada posteriormente pela equipe da Unidade de Saúde responsável pelo cuidado.

Declaro ter lido as informações contidas no presente Termo e que tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem acessível, permitindo a adequada compreensão do atendimento e monitoramento a ser realizado.



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.