



ATUALIZAÇÕES E RECOMENDAÇÕES SOBRE A COVID-19

Elaborado em 09/12/2020

1) Sobre o diagnóstico e evolução dos pacientes

Os sintomas mais frequentes da COVID-19 são: febre, tosse, dor de garganta, dor “tipo sinusite”, náuseas, perda de apetite, perda ou alteração do olfato e/ou do paladar, cansaço, dores musculares, dor torácica e falta de ar. Alguns pacientes apresentam sintomas gastrointestinais como náuseas, “dor de estômago” ou diarreia.

No atual momento da pandemia, todo paciente com sintomas de “resfriado ou gripe” pode ter COVID-19 e deve ficar imediatamente em isolamento respiratório, procurando atendimento médico por consulta presencial ou por teleconsulta.

Pacientes sintomáticos com suspeita de COVID-19 devem ser submetidos preferencialmente ao exame de RT-PCR, com material coletado da nasofaringe por *swab*, idealmente na 1ª semana de sintomas. Esse exame tem 60% a 80% de sensibilidade. Se o resultado for positivo para COVID-19, confirma o diagnóstico, já que resultados falso-positivos são raros (especificidade de 99% ou mais). Se o resultado for negativo, mas a suspeita clínica for forte, o paciente também deve completar 10 dias de isolamento respiratório, já que o RT-PCR pode ser falso-negativo. Considerar repetir o exame. (ler item 4 sobre ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO).

Outro exame diagnóstico possível de ser realizado na primeira semana de sintomas é o teste de antígeno. É mais barato, não necessita de um laboratório, tem menor tempo para o resultado, porém a sensibilidade é inferior à do RT-PCR, principalmente nos indivíduos assintomáticos e com carga viral baixa. Sendo assim, esse teste negativo não exclui o diagnóstico.

Os testes sorológicos para COVID-19 (exames de sangue), tanto os rápidos de farmácia quanto os de laboratório, não são recomendados para o diagnóstico precoce da doença. As classes de anticorpos IgA e IgM têm praticamente nenhuma utilidade clínica. A detecção de anticorpos totais ou IgG indica infecção prévia pelo vírus SARS-CoV-2 e são importantes em estudos epidemiológicos.



A maioria dos pacientes com COVID-19, especialmente os com menos de 50 anos e que não têm comorbidades (doenças crônicas pré-existentes) evoluem bem, sem complicações, sem necessidade de internamento hospitalar. Os principais fatores de risco para evoluir para COVID-19 grave são: pessoas com 60 anos ou mais, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença cardiovascular (insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, cardiomiopatia), diabetes tipo 2, obesidade (IMC de 30 ou mais), doença renal crônica, imunocomprometidos (receptores de transplante de órgãos, pessoas que vivem com HIV e tem contagem de linfócitos T CD4+ baixa, indivíduos com câncer), anemia falciforme.

Estes pacientes devem ser acompanhados com avaliação dos sintomas, bem como verificação diária de temperatura para detectar febre e da oximetria digital para detectar hipóxia (diminuição de oxigênio no sangue e nos tecidos e órgãos).

Para as gestantes e pacientes com algumas doenças crônicas, tais como: asma moderada e grave, doenças cerebrovasculares, fibrose cística, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes tipo 1, demência, doenças hepáticas e outros estados de imunossupressão, os dados científicos atuais estão sendo avaliados para inclui-los ou não nos “grupos de risco para COVID-19 grave” (N Engl J Med. Oct 29, 2020).

2) Sobre o tratamento precoce nos primeiros dias de sintomas

A Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) não recomenda tratamento farmacológico precoce para COVID-19 com qualquer medicamento (cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina, nitazoxanida, corticoide, zinco, vitaminas, anticoagulante, ozônio por via retal, dióxido de cloro), porque os estudos clínicos randomizados com grupo controle existentes até o momento não mostraram benefício e, além disso, alguns destes medicamentos podem causar efeitos colaterais. Ou seja, não existe comprovação científica de que esses medicamentos sejam eficazes contra a COVID-19.

Essa orientação da SBI está alinhada com as recomendações das seguintes sociedades médicas científicas e outros organismos sanitários nacionais e internacionais, como: Sociedade de Infectologia dos EUA (IDSA) e da Europa (ESCMID), Instituto Nacional de Saúde dos EUA (NIH), Centros Norte-Americanos de



**Sociedade
Brasileira de
Infectologia**

Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância do Ministério da Saúde do Brasil (ANVISA).

Na fase inicial, medicamentos sintomáticos, como analgésicos e antitérmicos, como paracetamol e/ou dipirona, podem ser usados para pacientes que apresentam dor e/ou febre.

Principais referências:

N Engl J Med. Oct 29, 2020;

www.idsociety.org/COVID-19guidelines (atualizado 02/12/2020);

NIH COVID-19 Treatment Guidelines (atualizado 03/12/2020);

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>

(atualizado em 04/12/2020).

3) A enorme importância de detectar hipóxia, incluindo a hipóxia silenciosa

Os pacientes que evoluem com pneumonia grave, com falta de oxigênio no sangue e nos órgãos (hipóxia) necessitam de internamento hospitalar. A maioria desses pacientes são os que têm mais de 60 anos e/ou os que têm doenças crônicas como diabetes, insuficiência cardíaca, enfisema pulmonar, imunodeprimidos, insuficiência renal crônica, obesidade.

Fundamental detectar o primeiro sinal de hipóxia (falta de oxigênio) através da oximetria digital, pois muitos pacientes têm hipóxia sem sentir falta de ar, que é a HIPÓXIA SILENCIOSA.

Os pacientes de risco para COVID-19 grave devem verificar a oximetria digital (exame com o aparelho oxímetro no dedo) diariamente. É um exame não-invasivo.

A pneumonia com hipóxia (oximetria digital com saturação de oxigênio menor que 95%) geralmente ocorre ao redor do 7º dia de sintomas (entre o 5º e o 9º dia) na maioria dos pacientes. Ao se detectar esta pneumonia com hipóxia, o que ocorre, em geral, quando o comprometimento pulmonar é igual ou superior a 50%, o tratamento hospitalar com oxigenioterapia, dexametasona (corticoide) e heparina (anticoagulante) profilático fará com que a maioria dos pacientes evoluam bem e sem necessidade de ventilação mecânica (respirador) na UTI.

 sbinfectologia

 sbinfecto

 sbinfectologia

 Rua Teixeira da Silva, 660 - Conjunto 42
Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04002-033

 +55 11 5572-8958
+55 11 5575-5647

 +55 11 97066-9856

 infectologia.org.br
 sbi@infectologia.org.br



Principal referência bibliográfica:

Dexamethasone in Hospitalized patients with Covid-19 — Preliminary Report The RECOVERY Collaborative Group. N Engl J Med. July 17, 2020. DOI: NEJMoa2021436.

4) Sobre o isolamento respiratório

Todos os pacientes com suspeita clínica forte de COVID-19 e os com doença confirmada (exame de RT-PCR de nasofaringe positivo) devem ficar 10 dias em isolamento respiratório domiciliar, isto é, devem ficar preferencialmente sozinhos no quarto, afastados de seus familiares e amigos.

Pacientes com COVID-19 grave, que são os que internam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e/ou os imunodeprimidos poderão ter a duração do isolamento respiratório prolongado para até 20 dias, analisando-se individualmente cada caso.

Nenhum exame está indicado para alta do isolamento ou volta ao trabalho, nem RT-PCR de nasofaringe e nem sorologia. Deve-se contar 10 dias de isolamento respiratório, desde que sem febre nas últimas 24 horas, a partir do 1º dia de sintomas.

5) Contatantes próximos

As pessoas que tiveram contato de alto risco com paciente com COVID-19, também chamados de contatantes próximos, que são as pessoas que tiveram proximidade com pacientes com suspeita ou COVID-19 confirmada sem máscaras, por 15 minutos ou mais e a uma distância menor de 1,8 metro (CDC) também devem ficar em isolamento respiratório por 10 a 14 dias (período máximo de incubação). O médico deve avaliar o tipo de contato para avaliar a necessidade de testes diagnósticos e acompanhamento.

O período de incubação da COVID-19, na maioria dos casos, é entre 2 e 5 dias, podendo chegar a 14 dias. Uma estratégia para os contatantes próximos que permanecem assintomáticos (isto é, sem sintomas) é realizar RT-PCR nasal colhido entre 6 e 8 dias depois do último contato. Se o resultado for positivo, o indivíduo deve ficar 10 dias em isolamento respiratório, contados a partir da data do exame.



Se o RT-PCR for negativo, poderá sair do isolamento respiratório em 7 dias, contados a partir da data do último contato, mantendo as medidas preventivas.

Se o contato do caso positivo apresentar qualquer sintoma suspeito de COVID-19 nas 2 semanas após o contato, deve colher RT-PCR nasal para SARS-CoV-2 e seguir o apresentado no item 4.

Principal referência bibliográfica:

www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html (atualizado 02/12/2020).

6) Pode ocorrer reinfecção pelo SARS-CoV-2?

A reinfecção ou 2ª infecção parece ser incomum. A maioria das pessoas que tiveram infecção assintomática ou a doença COVID-19 provavelmente estarão imunes por, pelo menos, 3 a 5 meses. Estudos em andamento e estudos futuros responderão por quanto tempo o paciente ficará imune com mais precisão.

Mesmo as pessoas que tiveram COVID-19 devem continuar praticando as medidas de prevenção (item 7). Não há indicação de fazer sorologia (IgG ou anticorpos totais) em pacientes que tiveram COVID-19 confirmado (PCR nasal para SARS-CoV-2 detectado), a não ser em pesquisas epidemiológicas.

7) Medidas de prevenção

As seis “regras de ouro” da prevenção da COVID-19 devem ser praticadas todo dia, o dia todo, e diminuem MUITO o risco de alguém ser infectado. São elas:

- a) Uso de máscara;
- b) Distanciamento físico de 1,5 metro;
- c) Higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool gel a 70%;
- d) Não participar de aglomerações, como reuniões, festas de confraternização em bares e restaurantes;



e) Manter ambientes ventilados / arejados;

f) Paciente com sintomas de “resfriado” ou “gripe” deve ficar imediatamente em isolamento respiratório, pois pode ser COVID-19.

8) Vacinas contra a COVID-19

A mensagem sobre as vacinas é de OTIMISMO. Várias delas estão em fase 3 de pesquisa clínica (a última fase para serem aprovadas) e algumas já receberam ou vão receber a autorização de uso emergencial na Europa e nos EUA nos próximos dias ou semanas. Alguns países vão iniciar a vacinação, começando pelos profissionais de saúde e residentes em lares para idosos, nesse início de dezembro/2020.

No Brasil, elas poderão ser utilizadas somente após a aprovação da ANVISA. A vacinação no Brasil também dependerá da logística, que inclui transporte das vacinas adequadamente refrigeradas, conforme cada uma delas exige, bem como a compra e distribuição pelo Ministério da Saúde.

Enfim, é fundamental que tenhamos vacinas eficazes e seguras no Brasil nos próximos meses.

Cada um fazendo sua parte, venceremos a COVID-19. Fiquem bem!



Documento elaborado pelos seguintes médicos infectologistas associados da Sociedade Brasileira de Infectologia:

➤ **Diretores da SBI:**

- Presidente: Clóvis Arns da Cunha (PR);
- Vice-Presidente: Alberto Chebabo (RJ);
- 1º Secretária: Lessandra Michelin (RS);
- 2ª Secretário: Antonio Carlos de Albuquerque Bandeira (BA);
- 1ª Tesoureira: Priscila Rosalba Domingos de Oliveira (SP);
- 2º Tesoureiro: Marcos Antonio Cyrillo (SP);
- Coordenador de Comunicação: Estevão Urbano Silva (MG);
- Coordenador de Informática: Christiane Reis Kobal (GO);
- Coordenador Científico: Sérgio Cimerman (SP).

➤ **Consultores da SBI:**

- Alexandre Lima Rodrigues da Cunha (DF);
- Alexandre Naime Barbosa (SP);
- Alexandre Rodrigues da Silva (ES);
- Carlos Ernesto Ferreira Starling (MG);
- Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros (SP);
- Jaime Luís Lopes Rocha (PR);
- Karen Mirna Loro Morejón (SP);
- Leonardo Weissmann (SP);
- Marcelo Simão Ferreira (MG);
- Tânia Regina Constant Vergara (RJ).