

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**MANEJO CLÍNICO DA COVID-19 PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE****CLINICAL MANAGEMENT OF COVID-19 BY THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN PRIMARY HEALTH CARE****Cícera Cryslany Soares Sales Pereira, Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz, Thaís Rodrigues de Albuquerque, Rose Lídice Holanda, Diane Sales Vieira**

Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE

Abstract

The objective was to describe the clinical management of COVID-19 in PHC, with the aim of gathering and synthesizing the recommendations regarding multidisciplinary action. This is a qualitative study, which used the narrative review technique as a methodological support, carried out in the Medical Literature Analyzes and Retrieval System Oline (MEDLINE), Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Database databases of Nursing (BDENF), in the National Library of Medicine Database, National Institutes of Health (PubMed) and in the Ministry of Health epidemiological bulletins. We used as inclusion criteria articles published in 2020 and as exclusion criteria incomplete studies that did not answer the guiding question, the descriptors used were coronavirus infections, primary health care and public health. Among the 19 studies that met the criteria, seven are international, all were published in 2020. The clinical management of COVID-19 by Primary Health Care takes place through the identification of the suspected case, application of telehealth services, measures to prevent contagion, stratification of the severity of the flu syndrome, treatment of mild cases, home isolation and notification of suspected cases. The role of the multidisciplinary team in Primary Health Care is essential for reducing health inequalities, which is why it is a vital tool in the fight against the pandemic.

Keywords: Coronavirus, Primary health care, Family Health Strategy.

Resumo

Objetivou-se descrever o manejo clínico da COVID-19 na APS, com o intuito de reunir e sintetizar as recomendações acerca da atuação multidisciplinar. Trata-se de um estudo qualitativo, o qual utilizou a técnica de revisão narrativa como aporte metodológico, realizado nas bases de dados Medical Literature Analyzes and Retrieval System Oline (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no Banco de dados National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Utilizou-se como critério de inclusão artigos publicados no ano de 2020 e como critério de exclusão estudos incompletos que não respondia à questão norteadora, os descritores usados foram infecções por coronavírus, atenção primária à saúde e saúde pública. Dentre os 19 estudos que atenderam aos critérios, sete são internacionais, todos foram publicados no ano de 2020. O manejo clínico da COVID-19 pela Atenção Primária em Saúde se dá por meio da identificação do caso suspeito, aplicação dos serviços de telessaúde, medidas para evitar o contágio, estratificação da gravidade da síndrome gripal, tratamento dos casos leves, isolamento domiciliar e notificação de casos suspeitos. A atuação da equipe multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde é fundamental para redução das desigualdades em saúde, por isso é uma ferramenta vital no combate a pandemia.

Palavras-chave: Coronavírus, Atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família.

Introdução

O SARS-CoV-2 é um vírus esférico envelopado de RNA positivo de fita simples da família Coronaviridae (Ordem Nidovirales). Seu material genético é agregado a uma proteína encapsulada por estruturas glicoproteicas em forma de espinhos denominadas de proteínas de *spike*, essas estruturas figuram uma coroa solar, por isso o nome Coronavírus¹.

Os primeiros casos de infectados pelo SAR-COV-2 ocorreram em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan localizada na província de Hubei na China, em pessoas que frequentavam um mercado de frutos do mar e animais vivos^{2,3}. A COVID-19 se disseminou com rapidez nos estados da China e em pouco tempo atingiu diversos outros países de vários continentes, desse modo em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação como pandemia⁴.

A COVID-19 é uma doença que causa importantes infecções respiratórias e que se manifestam de diversas formas clínicas, desde afecções assintomáticas a quadros graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)⁵.

O agente etiológico pertencente a essa família de vírus é considerado zoonótico, sendo a transmissão ao ser humano através de animais. Em humanos a doença pode ser transmitida por meio do contato próximo com pessoas contaminadas através de secreções respiratórias ou gotículas orofaríngeas que podem ser emitidas mediante esternutação, tosse e fala ou através de superfícies ou objetos contaminados, que logo em seguida entrem em contato com mucosas⁶.

Os sintomas mais comuns são: febre, tosse, coriza, mialgia, fadiga e dificuldade para respirar. Há relatos comuns de anosmia e ageusia, que correspondem à perda do olfato e paladar, respectivamente. Outros indivíduos podem evoluir para sinais e sintomas mais críticos como dispneia intensa com uso de musculatura acessória, aumento da frequência respiratória, SpO₂<95% em ar ambiente, além de outras manifestações clínicas relacionadas à SARS. Nesses casos é necessário atendimento médico hospitalar imediato, podendo haver necessidade de encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a fim de reduzir possibilidades de macro complicações^{4,6}.

Diversas condições e fatores de risco colaboram para o aparecimento de possíveis complicações da síndrome gripal, como em casos de gestantes, puérperas, idosos, crianças menores de cinco anos, indivíduos com menos de

19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico, portadores de doenças crônicas, imunodeprimidos e pessoas com obesidade⁶.

Em outro grupo estão os oligossintomáticos, que representam cerca de 80% dos casos confirmados, apresentando resfriado leve ou uma síndrome gripal⁶.

Devido à alta transmissibilidade e infectividade do novo Coronavírus a doença se espalhou rapidamente atingindo milhares de pessoas em todo o mundo. De acordo com o boletim epidemiológico sobre os dados de Coronavírus no Brasil, na semana epidemiológica 33, o número de casos confirmados no país chegou a 3.317.096 casos confirmados e 107.232 óbitos, o equivalente a 1.578,5 casos por 100 mil habitantes, apresentando uma taxa de mortalidade de 51 óbitos por 100 mil habitantes⁷.

Diante desse cenário de insegurança epidemiológica nacional e mundial, vê-se a necessidade de planejamento e ações urgentes por parte dos órgãos governamentais e autoridades sanitárias no intuito de conter e reduzir o número de infectados e de internações para manutenção e preservação da saúde e vida das pessoas^{8,9}.

Nessa perspectiva, têm papeis preponderantes a Política Nacional Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de redução do agravamento de doenças, ampliando a resolatividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, através da reorganização da atenção básica¹⁰.

Frente à pandemia, a Atenção Primária a Saúde (APS) precisa estar fortalecida e preparada para responder a esta situação de emergência pública de maneira efetiva. Assim, o Ministério da Saúde (MS) juntamente com as secretarias de saúde estaduais e municipais desenvolveram planos, estratégias e protocolos para preparar e instruir os trabalhadores da saúde, definindo fluxos e organizando os processos de trabalho para responder de forma adequada às demandas emergentes da população.

Nesse sentido, objetivou-se descrever o manejo clínico da COVID-19 na APS, com o intuito de reunir e sintetizar as recomendações acerca da atuação multidisciplinar.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual utilizou a técnica de revisão narrativa como

desenho metodológico. Esta consiste em uma avaliação ampla da literatura, que permite descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de determinado assunto, estabelecendo relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes e evidenciando novas ideias que tem recebido maior ou menor ênfase na literatura científica¹¹.

O problema foi identificado por variáveis de interesse da questão norteadora “Quais as recomendações para o manejo clínico da COVID-19 na APS?”. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2020, com a busca pareada de estudos indexados nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde* (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e no *Banco de dados National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Também foi adotado como fonte de informações boletins epidemiológicos do MS que tem caráter técnico científico informacional e protocolos de manejo clínico disponíveis no site do MS.

Como estratégia de busca, aplicou-se a seguinte sintaxe, por meio dos descritores em ciências da saúde: “infecções por Coronavírus”, “atenção primária à saúde” e “saúde pública”, mediante cruzamento com o operador *booleano* AND.

Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados no ano de 2020, sendo justificado tal recorte temporal pela proporção global que a pandemia da COVID-19 tomou no referido ano, assim como a intensificação das produções científicas referentes ao contexto que estamos inseridos.

Foram excluídos estudos em formato de resenhas, teses, dissertações, monografias, relatos de experiência, editoriais, comentários, comunicações breves, artigos de revisão ou reflexão, estudos secundários, duplicados, aqueles que não estavam disponíveis em texto completo ou que não responderam à pergunta norteadora.

Foram identificadas 767 referências primárias: 21 na LILACS, 12 na MEDLINE, 4 na BDENF e 730 na PUBMED. Após aplicação dos filtros idioma (inglês, português e espanhol), ano de publicação 2020, tipo de documento artigo e texto completo disponível, resultaram em 53. Em seguida iniciou-se o processo de triagem, com a leitura de títulos e resumos; simultânea exclusão dos estudos duplicados e verificação de elegibilidade com base nos critérios de inclusão,

totalizando em 19 estudos para serem utilizados na íntegra.

Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observando os aspectos metodológicos e similaridade entre os resultados encontrados. Sendo esta análise realizada de forma minuciosa, buscando respostas para os resultados diferentes ou conflitantes nos estudos.

Este processo permitiu organizar os dados em uma estrutura lógica, simplificar, sumarizar, abstrair e comparar sistematicamente os resultados provenientes de estudos primários sobre o objeto em estudo¹², facilitando o processo de análise interpretativa e apresentação da revisão. Após esse procedimento, os dados foram categorizados em sete núcleos temáticos, que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão, a saber: 1) Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de COVID-19, 2) Aplicação dos serviços de telessaúde para enfrentamento da COVID-19, 3) Medidas para evitar contágio na Unidade Saúde Família – USF, 4) Estratificação da Gravidade da Síndrome gripal, 5) Manejo Terapêutico dos Casos Leves e Graves, 6) Isolamento Domiciliar e 7) Notificação de casos suspeitos.

Resultados e Discussão

Sobre os estudos/documentos analisados, majoritariamente foram desenvolvidos no Brasil (n= 12), seguidos por estudos publicados em Cuba (n=1), EUA (n=1), Austrália (n=1), África (n=1), Guatemala (n=2) e Índia (n=1).

Todos os estudos foram publicados em 2020, nos idiomas, inglês, português e espanhol em diversos tipos de periódicos, no qual prevaleceu a área de saúde pública.

Com relação ao delineamento metodológico empregado nos registros incluídos, estes foram divididos em pesquisas empíricas (n=18) e pesquisas teóricas (n=1). Dentre os desenhos de pesquisa, destacaram-se sete artigos, seis instrumentos orientadores do Ministério da Saúde, três notas técnicas emitidas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e do Ministério da Saúde, um instrumento orientador tipo ficha informativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um documento e um instrumento orientador tipo guia de prática clínica, publicado pelo Ministério de Saúde Pública e Assistência Social da Guatemala.

No tocante ao conteúdo de cada documento analisado, predominou a descrição da atuação da APS frente à pandemia da COVID-19, identificados nos estudos nº 1, nº 2, nº 3, nº 5, nº 8, nº 7 nº 9, nº10, nº16 e nº17.

Apresenta-se no Quadro 1 a síntese dos documentos utilizados na pesquisa, publicados no contexto da pandemia de COVID-19, os quais compuseram o constructo de análise deste estudo.

Quadro 1 – Caracterização dos documentos analisados. Tauá, Ceará, Brasil, 2021.

Artigo	País	Idioma	Área do Periódico/Local de acesso	Tipo de documento	Conteúdo do Documento
1º	Cuba	Inglês	Saúde Pública	Artigo	Atuação da Atenção Primária de Cuba frente à COVID-19.
2º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento Orientador	Orienta quanto a sistematização das ações de saúde no enfrentamento a pandemia da covid-19.
3º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento Orientador	Orienta o atendimento a pessoa com suspeita de COVID-19 na APS.
4º	EUA	Inglês	Saúde Pública	Instrumento Orientador tipo ficha informativa	Orienta sobre os sistemas de informação e das tecnologias na APS.
5º	Brasil	Português	Saúde Pública	Artigo	Analisa o papel da APS no enfrentamento a COVID-19.
6º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento orientador	Orienta o teleatendimento na APS durante a pandemia.
7º	Brasil	Português	Site do MS	Nota técnica nº 1	Orienta quanto ao enfrentamento do coronavírus nas unidades de APS e nas unidades de pronto atendimento.
8º	Brasil	Português	Site do MS	Nota técnica nº 2	Orienta sobre o trabalho do ACS na APS no enfrentamento a pandemia da COVID-19
9º	Austrália	Inglês	Saúde Pública	Artigo	Resposta da APS da Austrália à COVID-19.
10º	Brasil	Português	Saúde Pública	Artigo	Atuação da APS frente à pandemia de COVID-19.
11º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento Orientador do MS	Orienta quanto às medidas de segurança dos

					profissionais atuantes na APS.
12º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento Orientador	Informa quanto às diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19.
13º	Brasil	Português	Site do MS	Nota técnica nº 3	Orienta os profissionais de saúde quanto aos cuidados com a pessoa com doenças crônicas na APS durante a pandemia de COVID-19.
14º	África	Inglês	Saúde Pública	Artigo	Evidencia as formas de entrega de medicamentos em domicílio durante a pandemia de COVID-19.
15º	Guatemala	Inglês	Site do MS pública da Guatemala	Documento	Assegura a prestação e serviços de saúde aos usuários do primeiro e segundo níveis de atenção à saúde da Guatemala durante a pandemia do COVID-19.
16º	Brasil	Português	Site do MS	Instrumento Orientador	Orienta quanto ao manejo clínico da COVID-19 na APS.
17º	Índia	Inglês	Saúde Pública	Artigo	Informa quanto a preparação dos sistemas de saúde d Índia frente a pandemia da COVID-19.
18º	Brasil	Português	Saúde Pública	Artigo	Propõem um instrumento tipo fluxograma para auxiliar a organização da rede de serviços da APS no cuidado aos casos da COVID-19.
19º	Guatemala	Espanhol	Site do MS de saúde da Guatemala	Instrumento orientador tipo guia de prática clínica	Fornecem diretrizes para detectar rapidamente qualquer evidência de transmissão pessoa a pessoa da COVID-19.

Fonte: elaboração própria dos autores. MS: Ministério da Saúde do Brasil.

Abaixo seguem as categorias com núcleos temáticos, que subsidiaram a apresentação e interpretação dos resultados.

Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de COVID-19

A detecção ativa em nível de APS é extremamente importante, na medida em que soluciona os problemas a nível primário, reservando a atenção terciária apenas para os casos graves¹³.

A Síndrome Gripal-SG caracteriza-se por sensação febril ou febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória, acompanhada de cefaleia, mialgia ou artralgia. Em dois grupos específicos esta SG pode manifestar-se de outras maneiras. Nas crianças menores de dois anos, na ausência de um sintoma específico pode-se considerar febre de início súbito acompanhada de tosse, coriza e obstrução nasal. No idoso pode haver a ausência de febre, com critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência^{14,15}.

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é definida como SG acompanhada de dispneia, ou pressão persistente no tórax ou SpO₂<95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto, com piora nas condições clínicas de base e hipotensão. Além destes, nas crianças pode ocorrer batimento de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência^{14,15}.

Tanto os casos suspeitos de SG como de SRAG, podem ser diagnosticados para COVID-19 através da realização dos testes de biologia molecular (RT-PCR em tempo real para detecção do SARS-CoV2) e teste imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos) em amostra coletada após o sétimo dia do início dos sintomas^{14,15}.

Além do diagnóstico laboratorial a COVID-19 pode ser diagnosticada por critério clínico: quando ocorre SG ou SRAG associada à anosmia ou ageusia aguda sem outra causa pregressa; critério clínico-epidemiológico: quando a SG OU SRAG está confirmada após histórico de contato próximo ou domiciliar com pessoa diagnosticada para COVID-19 nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas; por fim o critério clínico-imagem consiste em teste laboratorial negativo para COVID-19 e positivo em exames de imagem^{14,15}.

Aplicação dos serviços de telessaúde para enfrentamento da COVID-19

Em meio a uma pandemia os serviços de saúde, principalmente o primeiro nível de atenção, estão em risco de colapso devido a uma sobrecarga de consultas que poderiam ser atendidas utilizando tecnologias de informação através da mídia virtual, com atendimento médico oportuno, facilitando a avaliação, diagnóstico e tratamento dos casos suspeitos e positivos com segurança e eficácia, minimizando o risco de transmissão¹⁶.

No Brasil, o MS através da APS disponibilizou o “Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na Atenção Primária”, fortalecendo as ações desenvolvidas pela APS, uma vez que esta é a ordenadora do cuidado. Como forma de triagem o protocolo sugere a metodologia “fast-track” derivada do protocolo de Manchester¹⁷.

O “fast-track” tem como alvo todos os serviços da APS, com o objetivo orientar o teleatendimento de casos de COVID-19 de forma a oferecer agilidade e segurança para as equipes, reduzindo o fluxo de pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS). A equipe do “fast-track” COVID-19 deve ser composta por Agente Comunitário de Saúde – ACS, enfermeiro (a), médico (a) e auxiliar ou técnico (a) de enfermagem^{18,19}.

Vale ressaltar que o ACS desempenha um importante papel na orientação dos usuários do SUS acerca da utilização do sistema de teleatendimento disponível pelo SUS, de modo a orientar que caso seja necessário os suspeitos de COVID-19 podem optar pelo uso de ligação telefônica para melhor atendimento e resolução do problema de maneira simples e rápida²⁰.

De acordo com o fluxo ordenado pelos protocolos do MS, o paciente com sintomas de síndrome gripal ou o cuidador deste, ao entrar em contato com a UBS deverá ser atendido pelo técnico de enfermagem, caso o paciente tenha idade inferior a cinco anos deve ser orientado ao acompanhante sobre medidas de precaução e agendar o atendimento na unidade o mais rápido possível. Caso o paciente tenha idade superior a cinco anos deve ser feita a avaliação de suspeição do caso, onde o paciente é questionado sobre sintomas gripais, caso não apresente nenhum critério deve ser orientado sobre medidas gerais de prevenção da Covid-19¹⁸.

Se o paciente apresenta sintomas leves deve ser questionado sobre os sinais de gravidade, quando presente, o paciente é orientado sobre as medidas de precaução e a procurar uma unidade de emergência, ou ligar para o SAMU. Caso não apresente nenhum sinal

de gravidade a chamada é transferida para o médico que irá fazer a avaliação de comorbidades que indicam avaliação presencial na unidade¹⁸.

Não apresentando comorbidades, o paciente deve ser orientado sobre precauções de contato. Porém, caso o usuário seja incluído em grupo de risco e esteja sintomático, o médico deverá prescrever o medicamento oseltamivir, e fornecer atestado para ele e seus contatos domiciliares. O enfermeiro deverá reavaliar o caso por telefone a cada 48 horas até completarem 14 dias do início dos sintomas, devendo acompanhar e orientar conforme evolução do caso¹⁸.

Semelhante ao governo brasileiro, na Austrália, durante a pandemia do COVID-19, as autoridades gerenciais da saúde disponibilizaram o sistema de telessaúde, destinado a toda população, a fim de garantir o acesso contínuo à clínica geral e a outros serviços de saúde²¹.

Diante de tantos benefícios oferecidos pela ferramenta de telessaúde para o sistema de saúde, percebe-se a importância de serem adotadas de forma mais disseminada em todo o Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, de forma integrada à APS, não apenas durante este período de enfrentamento à Covid-19, pois a implantação e utilização adequada de ferramentas como esta, permitem elevada capacidade de assistência e resolução dos problemas de saúde no espectro individual e coletivo⁸.

Medidas para evitar contágio na Unidade Saúde Família – USF

A UBS atua como apoio à APS no enfrentamento da COVID-19, logo deve ser a porta de entrada para identificação precoce e encaminhamento adequado de casos graves de COVID-19. Para tanto, é preciso fortalecer ações que facilitem este atendimento como: controle precoce, estratificação da gravidade e manejo clínico, notificação imediata, indicação de isolamento domiciliar e encaminhamento dos casos graves. Outras ações não menos importantes devem ser realizadas na UBS, como a prática de educação em saúde em salas de espera, elaboração de cartazes com orientações sobre a COVID-19, marcar no chão, cadeiras e bancos a distância mínima a ser observada quando em espera por atendimento e estimular o agendamento dos atendimentos, evitando assim fluxo intenso de pessoas na unidade²².

No Brasil algumas medidas foram tomadas para evitar a disseminação da COVID-19

na APS. Dentre estas destaca-se a metodologia “fast-track” que possibilita o fluxo rápido e evita a circulação desnecessária de pacientes na APS, porém devido às limitações de infraestrutura, surge a necessidade de adaptação de cada UBS ao método. De acordo com a realidade de demandas de cada UBS outras estratégias podem ser adotadas, como o cancelamento de consultas eletivas não essenciais, agendamento por horário e montagem de consultórios ao ar livre, medidas essas que favorecem a diminuição do contágio dentro das próprias unidades^{17,18,19}.

Além das ações supracitadas é essencial a utilização de EPI’s por profissionais de saúde que atuam na APS, salientando que é necessário o uso racional, evitando o desperdício e uso errôneo, pois a falta destes acaba por colocar os profissionais da saúde em risco e contribuir com a disseminação do SARS-Cov2. Para tanto o Conselho Federal de Medicina divulgou documento que orienta profissionais médicos acerca do uso de EPI’s e cuidados especiais durante a assistência¹⁷.

De acordo com as recomendações do MS (2020 e)²³ o atendimento a pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus devem seguir passos rigorosos. Inicialmente o profissional deverá estar bem equipado com protetor ocular ou protetor de face, luvas, capote ou avental ou jaleco e máscara N95 ou PFF2, sempre que for realizar procedimentos que o levem a entrar em contato com aerossóis²³.

Desde o primeiro atendimento o paciente deve estar sempre utilizando máscara, o mesmo tem de ser atendido em sala separada, destinada exclusivamente para este fim, o profissional de saúde deverá higienizar as mãos nos cinco momentos cruciais: antes e após contato com a pessoa, antes e após a realização de procedimentos e após contato com áreas próximas a pessoa. Outros cuidados que precisam ser aplicados durante a assistência ao paciente envolvem a limpeza e desinfecção dos materiais de uso compartilhado e do ambiente como pisos, superfícies e banheiros, utilizando hipoclorito de sódio como substância crucial para o processo de desinfecção, e emprega-se o descarte adequado dos resíduos produzidos pela unidade^{19,24}.

Considerando que as pessoas com doenças crônicas apresentam um risco aumentado para consequências graves da COVID-19, esses grupos devem ter atenção especial a todas as medidas adotadas para evitar o contágio. Os atendimentos individuais devem ser programados conforme estratificação de risco e avaliação da condição clínica do paciente,

evitando exposições desnecessárias. Para isso, vale lembrar que a telemedicina foi aprovada para o período de emergência em saúde pública decorrente de COVID-19, sendo importante recurso para a manutenção da atenção a doentes crônicos^{19,25}.

Os serviços de saúde da cidade do Cabo, capital da África do Sul, atendem a um grande número de pessoas com doenças crônicas, como o vírus da imunodeficiência humana, tuberculose, diabetes, hipertensão, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, como estratégia de proteção deste grupo, os Serviços Metropolitanos de Saúde, decidiram oferecer entrega de medicamentos em domicílio, tendo em vista que estas pessoas antes da pandemia precisavam deslocar-se até as unidades de saúde em busca de seus medicamentos. Essa estratégia destaca-se como excelente opção para prevenir o COVID-19 entre pessoas com comorbidades sujeitas a risco de maiores complicações²⁶.

Em resposta a pandemia de COVID-19 as autoridades sanitárias da Guatemala emitiram alertas epidemiológicos nos quais mencionam as medidas e ações a serem tomadas, desde a informação à população, bem como a preparação da equipe de saúde do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social, além da criação de diretrizes de supervisão, acompanhamento e avaliação das áreas de saúde e sua rede de serviços a nível nacional, com destaque para as áreas que possuem pontos de fronteira, aéreo, marítimo e terrestre²⁷.

De acordo com estas diretrizes as autoridades sanitárias devem garantir o bom funcionamento da rede de saúde através da disponibilização de recursos e insumos necessários, com profissionais devidamente treinados e sistema de referência e contrarreferência atuante com uso e gerenciamento adequado dos protocolos e fortalecimento da aliança entre os setores públicos e privados²⁷.

Cabe a Vigilância Epidemiológica da Guatemala a ativação das equipes de resposta imediata-EPI; Garantir que o sistema de vigilância e controle de riscos à saúde esteja atuante; Acompanhar os mecanismos de vigilância e notificação dos casos; Monitorar e verificar o funcionamento dos sistemas de informações; Apoiar a formulação dos relatórios epidemiológicos; Garantir os materiais necessários para envio de amostras aos laboratórios de referência²⁷.

As equipes de saúde devem promover atividades de educação em saúde com participação social, envolvendo todos os setores

de modo a garantir a divulgação de informações pertinentes ao enfrentamento da COVID-19²⁷.

Estratificação da Gravidade da Síndrome gripal

Após a identificação da SG, deve-se estratificar a gravidade do caso, através de anamnese e exame físico, a fim de identificar rapidamente casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Classificam-se como casos leves aqueles que apresentam SG com leves sintomas, sem dispneia ou sinais e sintomas de gravidade e ausência de comorbidades descompensadas, podendo ser acompanhado completamente no âmbito da APS²⁸.

Já nos casos graves classificam-se aqueles em que o paciente apresenta SG acompanhada de dispneia ou com sinais e sintomas de gravidade como presença de roncos, retração sub/intercostal severa, cianose central, saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente ou taquipneia > 30rpm. Apresenta ainda déficit no sistema cardiovascular, manifestando-se através de hipotensão e diminuição do pulso periférico. Associado ainda a piora nas condições clínicas de base como doenças cardiovasculares e pulmonares descompensadas²⁸.

Para estratificação sobre a gravidade da SG o paciente precisa, após a triagem ser encaminhado a consulta com o profissional médico ou enfermeiro para que possa ser realizado a anamnese e o exame físico. Posterior à confirmação da presença da SG, é imprescindível analisar a gravidade do caso identificando ligeiramente casos suspeitos ou que tenham grande probabilidade de evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave. O Quadro 2 do Ministério da Saúde, traz informações técnicas para o médico da APS para definição e encaminhamento/acompanhamento na APS/ESF ou encaminhamento a serviço de Urgência ou Hospital de acordo com o contexto local da Rede de Atenção à Saúde²⁴.

Quadro 2 - Estratificação da gravidade de casos de SG, MS, 2020.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DO CASO	
CASOS LEVES	CASOS GRAVES
APS/ESF	CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Síndrome gripal com sintomas leves (sem dispneia ou sinais e sintomas de gravidade) e ausência de comorbidades descompensadas que contraindicam isolamento domiciliar/sinais de gravidade.	Síndrome gripal que apresente dispneia ou os sinais e sintomas de gravidade ou comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar.

Fonte: Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017, Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010. Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, 2020.

Manejo Terapêutico dos Casos Leves e Graves

O tratamento dos casos leves da COVID-19 consiste na utilização de medidas não farmacológicas, como o repouso, hidratação, alimentação adequada e uso de sintomáticos, como analgésicos, antitérmicos, em conjunto com o isolamento domiciliar de 14 dias a contar da data do início dos sintomas. Logo, é crucial o acompanhamento deste paciente pela equipe de atenção básica durante todo este período, com ligações telefônicas preferencialmente, a cada 24 horas para pessoas com mais de 60 anos ou que apresentam condições clínicas de maior risco e a cada 48 horas para os demais. A solicitação de atendimento presencial deve ser requisitada caso seja necessário. Esta ação é uma importante ferramenta para o manejo terapêutico da COVID-19 na APS²⁸.

Para os casos graves o manejo terapêutico consiste na estabilização em nível de APS, com posterior encaminhamento para uma unidade de referência, seja esta unidade de urgência ou hospitais, variando de acordo com a rede de serviços dos municípios²⁸.

Convém relatar que a sobrecarga nos serviços de saúde tem sido vivenciada por vários países. Dificultando muitas vezes um manejo terapêutico adequado, principalmente em casos graves, que requerem assistência a nível terciário. Na China origem da pandemia, foi necessária a construção de hospitais de campanha, além do aumento dos leitos nos hospitais preexistentes. Na Itália a falta de estrutura e de materiais essenciais como os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e ventiladores mecânicos, resultado de um sistema de saúde colapsado, tornou o enfrentamento à pandemia bem mais complicado¹⁷.

A demanda por ventiladores mecânicos aumentou consideravelmente nos Estados Unidos da América – EUA e na Europa, tornando o suprimento destes insuficientes, acarretando sérios prejuízos para a população, pois a utilização inadequada dos recursos de alta complexidade em casos que poderiam ser resolvidos a nível primário acarreta extensa sobrecarga a nível secundário e terciário, contribuindo significativamente para a fadiga precoce do sistema de saúde¹⁷.

Na Índia o atendimento médico é fornecido por uma variedade de quadros com variados níveis de conhecimento. Os sistemas de

APS que estão em contato próximo ao governo, apresentam um maior potencial de resolução dos problemas de saúde. Porém, a maior parte da Índia, principalmente as favelas urbanas e os estados do centro e norte, os sistemas de atenção primária à saúde têm falta de pessoal e equipamentos, deixando a população quase que totalmente desassistida, fornecendo somente uma porcentagem mínima dos programas necessários. Diante deste quadro se estes sistemas mudarem o seu foco para a pandemia da COVID-19 todos os outros elementos da saúde serão prejudicados. Atualmente, a política pública da Índia continua quase totalmente dependente dos hospitais públicos para lidar com a demanda dos casos de COVID-19. Não tendo suporte suficiente do setor privado em tratamentos intensivos²⁹.

Diferente da Índia, o governo Australiano, tendo um setor saúde consolidado e atuante, em virtude da crise mundial em evolução, ativou Plano de Resposta de Emergência do Setor de Saúde, em 27 de fevereiro de 2020, iniciando sua resposta

nacional de atenção primária ao COVID-19, que por vezes atribuiu papéis importantes à clínica geral e ao setor de saúde primária²¹.

A resposta Australiana diante de situações como esta que assolam o país inteiro, está baseada em um conjunto de princípios, incluindo a proteção das pessoas vulneráveis; Fornecimento de tratamento e serviços de apoio às pessoas afetadas, como a facilitação dos testes e o manejo eficaz em ambientes comunitários de pessoas com suspeitas, casos confirmados e contatos, com a implantação demais de 130 clínicas respiratórias nas áreas mais necessitadas; Continuidade dos serviços regulares de saúde para toda a população; Proteção e apoio aos profissionais de saúde nos serviços de atenção primária, com a ampla distribuição de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's e prestação de serviços de saúde mental à comunidade e à força de trabalho da atenção primária²¹.

As estratégias adotadas pela APS cubana para COVID-19 contaram com o treinamento especial COVID-19 da força de trabalho de saúde, sendo a chave para a mobilização do sistema de saúde, antes mesmo da ocorrência do primeiro caso. Cada policlínica responsabilizou-se por treinar as pessoas nos seus locais de trabalho, os quais pertenciam a sua área geográfica de saúde. As atividades da APS foram reorganizadas, os profissionais foram deslocados para mais próximo da população, como hotéis, como estratégia de rastreamento precoce de casos suspeitos. As policlínicas também reorganizaram seus serviços, isolando o atendimento destinado a pacientes com sintomas respiratórios, as consultas dos grupos de risco passaram a ser realizadas no próprio domicílio destes, a fim de evitar exposições desnecessárias ao se deslocarem até a unidade de saúde, esta ação facilitou a busca ativa de casos¹³.

Na ocorrência de um caso suspeito a pessoa é encaminhada a policlínica responsável por sua área de habitação, confirmado o caso, em seguida será enviado a um dos centros de isolamento, instalados em todo o país, onde deverá permanecer por 14 dias. Ao retornar a sua residência deverá ser acompanhado pela APS por tempo igual. Outra ação desenvolvida pela APS de Cuba é a desinfecção domiciliar de contatos e casos suspeitos, realizada por uma equipe de “resposta rápida”¹³.

No Brasil os esforços contra a COVID-19 iniciaram antes da confirmação do primeiro caso, pelo Centro de Operações de Emergência do MS. Estas ações tiveram como foco a divulgação de informações pertinentes à nova doença, também

foram realizadas ações como a capacitação dos profissionais e ampliação do sistema terciário, com a aquisição de materiais e insumos necessários³⁰.

No Brasil os hospitais de campanha têm sido construídos em imóveis já existentes até então paralisados, necessitando serem readaptados e reativados, servindo como suporte ao sistema de saúde, evitando sobrecarga nos hospitais existentes e a contaminação de pacientes com outras patologias. Logo, a comunicação entre a atenção primária e os hospitais de campanha nas ações de cuidado e vigilância tornou-se essencial, considerando que a APS é uma das principais portas de entrada no sistema¹⁷.

Ainda no País foi implantado o protocolo de isolamento social, auxiliando na redução de casos e evitando que o sistema entre em colapso. Esta medida também foi aderida na Europa, na Ásia e nas Américas. Outra medida adotada no Brasil foi à divulgação de orientações principalmente para as populações de maior risco e vulnerabilidade, através de manuais disponibilizados pelo Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFAC-RJ). Com destaque a orientações para os indivíduos que necessitam trabalhar durante a quarentena¹⁷.

Isolamento Domiciliar

De acordo com Ministério de Saúde Pública e Assistência Social-MSPAS da Guatemala³¹ o isolamento e tratamento a nível domiciliar de pessoas com COVID-19 é uma das opções para os pacientes que apresentam quadro leve e sem nenhuma comorbidade que aumente o risco de agravamento da saúde ou em casos que não é possível admitir o paciente em uma unidade de saúde, devido às limitações de capacidade ou a impossibilidade de cobertura da demanda de saúde^{27,31}.

Quando o tratamento domiciliar está indicado, com base na avaliação de critérios clínicos realizados na UBS, a família deve ser acompanhada por um profissional qualificado, que deverá verificar se as condições daquele sistema familiar permitem que este tipo de tratamento e que o isolamento ocorra de maneira eficaz. Para tanto um canal de comunicação efetivo deve ser estabelecido para acompanhamento dos casos, pois é necessário o fornecimento de suporte e orientações a respeito da higiene pessoal, medidas básicas de

prevenção e controle de infecções e prevenção do contágio durante o isolamento^{19,31}.

As recomendações para o isolamento domiciliar de acordo com a MSPAS (2020b)³¹ são as seguintes: a pessoa com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 deverá ser instalado em um cômodo que permita uma boa ventilação e a entrada de luz solar, mantendo a porta que permite acesso a outros cômodos sempre fechados, quando não for possível que o paciente fique em um cômodo individualmente deve-se respeitar a distância mínima e não dormir na mesma cama. Os movimentos do paciente pela casa devem ser limitados ao máximo. Também durante o isolamento não se deve permitir visitas ao domicílio, e os resíduos produzidos pelo paciente devem ser acondicionados separadamente.

Após contato com o paciente as mãos precisam ser imediatamente higienizadas, assim como antes de preparar alimentos, antes de se alimentar, após usar o banheiro, ou sempre que necessário, secando as mãos de preferência com toalha de papel descartável, quando não possível às toalhas de tecido devem ser trocadas constantemente. É importante o paciente estar sempre de máscara e quando estiver no mesmo ambiente que os demais moradores todos devem fazer uso da máscara, não se restringindo o uso do EPI apenas à pessoa doente^{24,27,31}.

O contato direto com fluidos deve ser evitado, mas se for necessário é exigido utilizar máscara e luva, logo após uso descartá-los. O compartilhamento de objetos da casa com o paciente tem de ser evitado, devendo higienizar todas as superfícies da casa diariamente, as roupas ou panos que entraram em contato com o paciente devem ser lavadas separadamente, para limpar superfícies e manusear roupas, lençóis ou toalhas manchadas com fluidos corporais recomenda-se usar luvas e roupas de proteção como aventais de plástico³¹.

A gestão dos contatos tem de ocorrer de maneira eficaz. Para tanto são considerados contatos pessoas que foram expostos a casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, no qual precisam ser instruídos a monitorar seu estado de saúde no prazo de 14 dias após o último contato. Durante todo este período a equipe de saúde tem de acompanhar o caso através dos meios de comunicação disponíveis. O profissional de saúde deve explicar com antecedência ao contato quando e onde procurar cuidados de saúde caso necessário, meios de transporte mais adequado, unidades de saúde disponíveis e quais precauções de prevenção e controle de infecção precisa seguir³¹.

De acordo com Secretaria de Saúde de Santa Catarina (2020)²⁰, as visitas domiciliares necessitam ser priorizadas em situações previamente definidas pela equipe como de maior risco e vulnerabilidade, assim o profissional que for realizar a visita precisa tomar medidas protetivas de cuidado, como: não adentrar o domicílio do paciente suspeito ou confirmado para COVID-19, manter uma distância mínima de dois metros do paciente, além de reforçar as orientações aos pacientes em isolamento e aos seus contatos sobre medidas de proteção, assim como, auxiliar a equipe no monitoramento dos pacientes em isolamento, preferencialmente por telefone, mantendo a equipe informada da evolução clínica do paciente ou ainda se descumpriu de alguma forma o isolamento.

Notificação de casos suspeitos

A notificação de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 deve ser imediata, previsto em portaria, devendo ocorrer em um prazo de até 24 horas, através da plataforma do e-SUS. É responsabilidade dos profissionais da APS notificar os casos que chegam até eles à Secretaria Municipal de Saúde e a Vigilância Epidemiológica, para que estas possam iniciar ações de controle e investigação^{15,19}.

O profissional ao realizar a notificação deve atentar-se para o registro correto do CID-10. O CID-10 para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. Em casos específicos para infecção por Coronavírus são o U07. 1 - Infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) ou o B34. 2 - Infecções por Coronavírus de localização não especificada²⁸.

Vale ressaltar que além da notificação via plataforma, todos os casos de SG, devem ser registrados em prontuário a fim de possibilitar a longitudinalidade do cuidado, e facilitar uma possível investigação epidemiológica²⁸.

Considerações finais

Compreendeu-se que o manejo clínico da COVID-19 na atenção básica envolve toda a equipe multiprofissional e engloba ações para identificação de casos de Síndrome Respiratória e da própria COVID-19 através da realização dos testes de biologia molecular e testes imunológicos, bem como circunda medidas para evitar o contágio na UBS por meio do incentivo ao uso de EPI's, estímulo ao agendamento dos atendimentos e o uso da ferramenta "fast track".

Os serviços de telessaúde como estratégia de saúde se destacou no Brasil e no mundo, como relevante estratégia no combate e prevenção da pandemia, colaborando para divulgação de informações e realização de teleatendimento, contribuindo assim para uma melhor resolubilidade dos problemas de saúde no âmbito individual e coletivo. Desse modo, a APS é primordial na atenuação das iniquidades em saúde, necessitando, portanto, ser valorizada e firmada como uma das ferramentas vitais do setor saúde no combate a situações emergenciais como à pandemia da COVID-19.

Referências

1. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med*. 2020; 4(26): 450–52.
2. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold [published online ahead of print, 2020 Jan 23]. *JAMA*. 2020; 323(8): 707-08.
3. Abereu MRP, Tejeda JG, Guach RAD. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. [Internet]. 2020 abr [cited 2020 jul 14]; 19(2): e3254.
4. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382:1708-20.
5. Lima CMAO. Information about the new coronavirus disease (COVID-19). *Radiol Bras*. 2020 Mar/Abr;53(2):V–VI.
6. BRASIL. Acessado <<https://covid.saude.gov.br/>> em 14 de julho de 2020.
7. BRASIL. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Semana Epidemiológica 33 (08 a 15/08), agosto de 2020.
8. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *rev.Epidemiol Serv Saude*. Brasília, 2020, 29(2):e2020166.
9. Daumas, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6 [Acessado 9 jun 2021], e00104120.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no Âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 20 set 2017.
11. Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ*. 2014. Curitiba; 14(41):165-89.
12. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology [internet]. 2005 Nov; [acesso 2019 jun 20]; 52(5):546-553.
13. Aguilar-Guerra TL, Reed G. Mobilizing Primary Health Care:Cuba's Powerful Weapon against COVID-19. *MEDICC Rev*. 2020 Apr;22(2):53-57.
14. CONASEMS (Brasília). Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2020. [citado em 21 out 2020].
15. Ministério da Saúde (Brasil). Portal UnaSUS [Internet]. Atendimento a pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) na atenção primária à saúde. 2020. [citado em 21 out 2020].
16. Organización Panamericana de la Salud (Washington). OPAS [Internet]. A COVID-19 e o papel dos sistemas de informação e das tecnologias na atenção primária. 2020. [citado em 21 out 2020].
17. Farias LAB, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras / *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2020; 15(42): 2455.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portal UnaSUS [Internet]. Coronavírus Covid-19: “fast-track” de teleatendimento para a atenção primária: fluxo rápido - versão 6. 2020. [citado em 21 out 2020].
19. Orientações para o enfrentamento ao Coronavírus (COVIDn19) nas unidades de atenção primária e unidades de pronto atendimento. Goiás (Estado). Secretaria da Saúde. Goiania; s.n; 2020.
20. Secretaria da Saúde de Santa Catarina (Santa Catarina). Recomendações sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (acs) na atenção primária à saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. 2020. [citado em 18 jul 2020].
21. Kidd MR. Five principles for pandemic preparedness: lessons from the Australian COVID-19 primary care response. *British Journal of General Practice*. 2020; 70(696): 316-317.
22. De Checchi MHR, Sumya A, Santana ABC, Pfaffenbach G; Campos HLM. Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID – 19. Coari; UFAM; 2020. 23 p.

23. Ministério da saúde (Brasil). Portal Ministério da saúde [Internet]. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIE. 2020. [citado em 21 jul 2020].
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portal do Ministério da Saúde. [Internet]. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 2020. [citado em 21 jul 2020].
25. Ministério da Saúde (BRASIL). Portal Ministério da saúde [Internet]. Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de Covid-19. 2020. [citado em 15 jul 2020].
26. Zameer B, Robert M, Charlyn G, Darrin R. Entrega de medicamentos em domicílio durante a doença por coronavírus 2019, Cidade do Cabo, África do Sul: breve relatório. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. Published: 04 June 2020. 12(1).
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala). MSPAS [Internet]. Supervisión, Monitoreo y Evaluación / Supervision, Monitoring and Evaluation. 2020 mar 20. citado em 21 jul 2020].
28. Ministério da Saúde / SAPS – Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília - DF Maio de 2020; versão 9.
29. Sundararaman T. Health systems preparedness for COVID-19 pandemic. *Indian J Public Health* 2020;64, Suppl S2:91-3.
30. Sales CMM, Da Silva AI, Maciel Ethel Leonor Noia. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 Set [citado 2021 Jun 08]; 29(4):2020373.
31. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Lineamientos para la atención en el domicilio de pacientes con síntomas leves de COVID-19 y gestión de contactos. Guatemala; MSPAS; 25 mar 2020.

Endereço para Correspondência

Cícra Cryslany Soares Sales Pereira
Rua Coronel Antônio Luiz, Nº 1161 - Bairro Pimenta
Crato-CE - Brasil
CEP:63.105-000
E-mail: cryslanyflor@hotmail.com

Recebido em 17/08/2021
Aprovado em 28/12/2021
Publicado em 30/12/2021