

Sebastião André Barbosa Junior  
(Organizador)

# Temas em Saúde Coletiva: **COVID-19**

 **Atena**  
Editora

Ano 2021

Sebastião André Barbosa Junior  
(Organizador)

# Temas em Saúde Coletiva: **COVID-19**



**Atena**  
Editora

Ano 2021

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecária**

Janaina Ramos

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Prof<sup>a</sup> Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Prof<sup>a</sup> Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof<sup>a</sup> Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof<sup>a</sup> Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Prof<sup>a</sup> Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Prof<sup>a</sup> Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Luiza Alves Batista  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizador:** Sebastião André Barbosa Junior

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

T278 Temas em saúde coletiva: covid-19 / Organizador Sebastião André Barbosa Junior. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5706-943-1  
DOI 10.22533/at.ed.431212903

1. Epidemia. 2. Pandemia. 3. COVID-19. I. Barbosa Junior, Sebastião André (Organizador). II. Título.  
CDD 614,5

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

## APRESENTAÇÃO

O livro “Temas em Saúde Coletiva: Covid – 19” é uma coletânea de 13 artigos que aborda diversos estudos sobre a pandemia do novo coronavírus. A coletânea é composta por estudos com enfoque na área da Saúde Coletiva que compreendem pesquisas científicas, relatos de experiência, revisões de literatura, estudos descritivos, entre outros.

A publicação da presente coletânea acontece num momento sanitário delicado no Brasil, no qual muitos especialistas acreditam ser o pior momento desde o início da pandemia. Um cenário de grande ocupação dos serviços de saúde, principalmente os das unidades intensivas, está ocasionando o colapso dos serviços de saúde em muitas cidades. Em minha vivência profissional na atenção básica está sendo perceptível o grande aumento dos casos da covid – 19 na população e o quanto esse aumento está sufocando as unidades básicas de saúde.

Os estudos presentes nessa coletânea trazem uma importante contribuição para a estruturação de mais evidências científicas e com isso colaboram para o fortalecimento do conhecimento científico sobre a covid – 19 frente ao negacionismo da ciência e das medidas protetivas em relação à pandemia.

Os estudos contemplaram várias áreas da Saúde Coletiva, tais como: saúde do trabalhador, com uma interessante pesquisa no contexto de frigoríficos; educação em saúde, com trabalhos sobre Povos Quilombolas e sobre educação infantil; epidemiologia, com estudos envolvendo análise de dados de sistemas de informações, construção de perfis epidemiológicos e utilização da análise espacial; relatos de casos, com estudos de casos clínicos relevantes de pacientes com covid – 19 e; saúde mental, com pesquisas que debateram sobre temas como morte, luto e o suicídio.

Estamos passando atualmente pela maior crise sanitária do nosso século, a pandemia do covid-19. É necessário cada vez mais estruturar evidências e os conhecimentos de maneira mais sólida sobre essa situação. Esta coletânea tem a potencialidade de subsidiar o conhecimento de estudantes, trabalhadores(as) da saúde, professores(as), pesquisadores(as) e da população em geral, por apresentar informações sob diferentes olhares para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Para finalizar é importante ratificar a defesa do nosso Sistema Único de Saúde, o SUS, que segue firme na linha de frente contra a covid – 19. Só lembrando quem puder fique em casa, use máscara, higienização das mãos com sabão ou álcool e mantenha o distanciamento social. Uma boa leitura a todos(as)!

Sebastião André Barbosa Junior

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE ALIMENTOS NO SETOR DE FRIGORÍFICOS NA PANDEMIA DA COVID-19**

Josicleide de Oliveira Dias  
Marizania Sena Pereira  
Raviele Marques Araújo de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.4312129031**

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **CONTEÚDOS CIENTÍFICOS DA COVID-19 PARA PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO VOLTADO À POPULAÇÃO QUILOMBOLA PELA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Adriana Nunes Moraes Partelli  
Marta Pereira Coelho  
Isabela Lorencini Santos  
Aline Pestana Santos  
José Marcos Amabiles Pazini

**DOI 10.22533/at.ed.4312129032**

### **CAPÍTULO 3..... 29**

#### **COVID 19 NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO BRASIL - O QUE OS DADOS TÊM A DIZER?**

Ana Paula Amazonas Soares  
Eliane Aparecida Pereira de Abreu  
Joed Freire Pereira da Silva  
Maurício Francisco de Oliveira  
Paula Tércimam Gomes Santos

**DOI 10.22533/at.ed.4312129033**

### **CAPÍTULO 4..... 46**

#### **DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E FINANCIAMENTO DAS INTERNAÇÕES POR COVID-19 NO BRASIL**

Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp  
Pedro Henrique Teles Ferreira  
Eduardo Mesquita Peixoto  
Aline Cerqueira Santana Santos da Silva  
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi  
Marcia da Rocha Meirelles Nasser  
Daniel Erthal Hermano Caldas  
Janaina Luiza dos Santos  
Kamile Santos Siqueira  
Thalmy Neves Moreno  
Jesilaine Resende Teixeira Soares  
Luciane de Souza Velasque

**DOI 10.22533/at.ed.4312129034**

<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>59</b>
<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO ESCOLAR COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO À COVID-19</b>	
Jaqueline Rocha Borges dos Santos Amanda dos Santos Almeida	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4312129035</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>68</b>
<b>EVOLUÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO MARANHÃO</b>	
Cintia Daniele Machado de Moraes Bárbara dos Santos Bezerra Sandra Regina Matos da Silva Thaynara Pinheiro Araújo Flavia Maria Mendonça do Amaral	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4312129036</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>77</b>
<b>LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTES INFECTADOS PELO COVID -19</b>	
Beatriz Pereira Cunha Elisabeth Oliveira de Araújo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4312129037</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>84</b>
<b>MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	
Laura Lima Vargas Roberta Coelho de Marco Marta Pereira Coelho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4312129038</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>107</b>
<b>O LUTO E O RITO DE MORTE: DORES SUFOCADAS DURANTE A PANDEMIA</b>	
Tânia Regina dos Santos Barreiros Cosenza Eliane Ramos Pereira Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4312129039</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>114</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA</b>	
Ingrith Cândida de Brito Anderson Silva de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.43121290310</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>127</b>
<b>REPERCUSSÃO DO COVID-19 NO PACIENTE ASMÁTICO</b>	
Letícia Franco Di Carvalho Vilela Luciano Penha Pereira	

Pedro de Padua Amatto Goulart  
Juliana Piovesan Lemos  
**DOI 10.22533/at.ed.43121290311**

**CAPÍTULO 12..... 131**

**SAÚDE MENTAL DA FAMÍLIA DE VÍTIMAS LETAIS DO COVID-19: A DOR DO LUTO NÃO VIVENCIADO**

Beatriz Rodrigues Leal  
Antônio Humberto Alencar Júnior  
Beatryz Rodrigues Alves Batista  
Deborah Cristina Nascimento de Oliveira  
Johranna Hemily Galdino Lins  
Kelvin Saraiva Costa Coelho  
Letícia da Silva Marques Elias  
Renan Henrique Macedo Noronha  
Weruskha Abrantes Soares Barbosa  
Valéria Cristina Silva de Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.43121290312**

**CAPÍTULO 13..... 139**

**SUICÍDIO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: IMPACTO NA SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTAL DOS INDIVÍDUOS**

Caroline Silva de Araujo Lima  
Sara Araújo de Medeiros Mendes  
Isabella Freitag  
Maria Lira  
Luiza Orth  
Patrícia Keller Pereira  
Júlia Camargo Silva  
Elisa Almeida Rezende  
Cecília Soares Tôrres  
Maryana Duarte Costa  
Camila Carvalho Rodrigues Costa  
Vinícius Biagioni Rezende

**DOI 10.22533/at.ed.43121290313**

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 144**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 145**

# CAPÍTULO 8

## MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/04/2021*

*Data de submissão: 08/03/2021*

### **Laura Lima Vargas**

Programa de Residência Médica em Medicina  
de Família e Comunidade  
Governador Valadares – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8903903804970675>

### **Roberta Coelho de Marco**

Programa de Residência Médica em Medicina  
de Família e Comunidade  
Governador Valadares – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6472449894327087>

### **Marta Pereira Coelho**

Departamento de Ciências da Saúde –  
Universidade Federal do Espírito Santo  
São Mateus – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/1675633892641935>

**RESUMO:** Considerando o momento mundial vivido, este estudo trata de um relato de experiência, no qual foi utilizado o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) durante a pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19). O objetivo deste trabalho é discorrer sobre o MCCP, com suas características direcionadas à longitudinalidade, englobando e sistematizando os diversos aspectos e diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde. A metodologia utilizada foi relatar a experiência vivenciada por médica/residente do segundo ano do programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade (MFC), oferecido

pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município. A experiência aconteceu em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e foi relatada no período de 18 de março a 09 de outubro de 2020. Os momentos aconteceram através de consultas médicas na ESF, intervenções domiciliares e telemedicina, totalizando em sete atendimentos à paciente nesse período. A paciente em questão foi o primeiro caso confirmado de COVID-19 no município. Após a resolução do quadro de síndrome gripal, foram realizados acompanhamentos em nível da Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando a abordagem centrada na pessoa, visando: à longitudinalidade; o contexto social e familiar em que a paciente está inserida; a experiência que ela tem com suas comorbidades; o estreitamento na relação médico-paciente; e a autonomia ao elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas. Acredita-se que o método de abordagem centrado na pessoa, com suas próprias características, sumarizado por seus quatro componentes, foi capaz de englobar e sistematizar os diversos aspectos e as diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde da paciente, proporcionando uma melhor qualidade de vida, promovendo saúde e prevenindo outros agravos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Consulta Médica, Residência Médica, Atenção Primária à Saúde, Assistência Centrada na Pessoa, Pandemia COVID-19.

## CLINICAL METHOD FOCUSED ON PEOPLE DURING PANDEMIC COVID-19: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** Considering the world moment experienced, this study deals with an experience report, in which the Person-Centered Clinical Method (PCCM) was used during the 2019 Coronavirus Disease pandemic (COVID-19). The objective of this work is to discuss the PCCM, with its characteristics directed to longitudinality, encompassing and systematizing the different aspects and different ways of approaching health problems. The methodology used was to report the experience lived by a doctor / resident of the second year of the medical residency program for Family and Community Medicine (FCM), offered by the Municipal Health Secretariat (MHS) of municipality. The experience took place in a Family Health Strategy (FHS) and was reported from March 18 to October 9, 2020. The moments took place through medical consultations at the FHS, home interventions and telemedicine, totaling seven visits to the patient during this period. The patient in question was the first confirmed case of COVID-19 in the municipality. After the resolution of the flu-like illness, Primary Health Care (PHC) was monitored, using the person-centered approach, aiming at: longitudinality; the social and family context in which the patient is inserted; the experience she has with her comorbidities; the narrowing of the doctor-patient relationship; and autonomy in drawing up a joint problem management plan. It is believed that the person-centered approach method, with its own characteristics, summarized by its four components, was able to encompass and systematize the different aspects and different ways of approaching the patient's health problems, providing a better quality of care, promoting health and preventing other diseases.

**KEYWORDS:** Medical consultation, Medical Residence, Primary Health Care, Person-Centered Assistance, COVID-19 pandemic.

### 1 | INTRODUÇÃO

Existem vários modelos de abordagem à consulta. Todos se apresentam com seus pontos fortes e suas limitações. Muitas vezes, a consulta na prática do médico de família e comunidade possui características específicas relacionadas à longitudinalidade, que inviabilizam uma consulta passo a passo. Pode-se dizer que a consulta é “rizomática”, pois a partir do momento em que a pessoa e o médico fazem contato, ela pode tomar caminho diverso daquele que havia sido planejado ou esperado. Diante do exposto, é fundamental que o médico de família e comunidade utilize um método que assegure que suas atitudes serão direcionadas pela busca do melhor cuidado à pessoa que está consultando, em vez de configurar apenas uma sequência (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A abordagem centrada na pessoa pressupõe diversas mudanças na mentalidade do médico. Primeiramente, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa que busca cuidado é passiva. Para ser centrado na pessoa, o médico deve ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele. Esse é o imperativo moral do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Em segundo lugar, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano – ato

inaceitável. Enquanto ser centrado na pessoa exige o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo (STEWART *et al.*, 2017).

A essência do MCCP é a tentativa do médico de realizar uma tarefa dupla: entender a pessoa e entender a doença da pessoa. O processo de tratamento tanto para a pessoa quanto para a doença é derivado através desse entendimento. Dessa forma, poderia se dizer que o MCCP fornece um método integrado e sistemático para unir a pessoa e a doença (FREEMAN, 2018).

Conforme o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (2020), o Novo Coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2, no final de 2019. Tal agente produz a Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), que causou diversos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Não existem ainda informações plenas sobre a história natural da doença e nem para o manejo clínico dos casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2, restando ainda muitos detalhes a serem esclarecidos.

A Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas unidades possuem um importante papel na resposta global durante surtos e epidemias, pois além de oferecem um atendimento resolutivo, conseguem manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. A APS/ESF tem grande potencial de identificar os casos graves de forma precoce e manejar aos serviços especializados quando necessário (MS; SAPS, 2020).

Considerando o momento mundial vivido, o presente estudo refere-se a um relato de experiência, no qual foi utilizado o MCCP durante a pandemia COVID-19, em uma ESF contemplada pelo programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade (MFC), em um município do leste de Minas Gerais.

O objetivo deste trabalho é discorrer sobre o MCCP, com suas características direcionadas à longitudinalidade, englobando e sistematizando os diversos aspectos e as diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde da paciente.

## 2 | REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

### 2.1 Método Clínico Centrado na Pessoa

Nesse trabalho é considerada a nova versão do MCCP, na qual é composta por 04 componentes: 1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2. Entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e o contexto; 3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; 4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; STEWART *et al.*, 2017).

De acordo com Gusso, Lopes e Dias (2019), é importante destacar que os 04 componentes do MCCP são pontuados de forma separada, mas, na prática, estão estritamente interligados, conforme mostrado na figura 1. O médico habilidoso deve mover-

se com destreza para frente e para trás entre esses componentes, seguindo as “deixas” ou “dicas” da pessoa. Sendo assim, considera-se que a técnica do “ir e vir” é o conceito-chave para utilizar e ensinar o M CCP, o que necessita de prática e experiência. Diante do exposto, é importante ressaltar que os trechos do relato de experiência não serão engessados somente no componente que será exemplificado, diversas vezes existirá a correlação de mais de um componente no mesmo contexto.

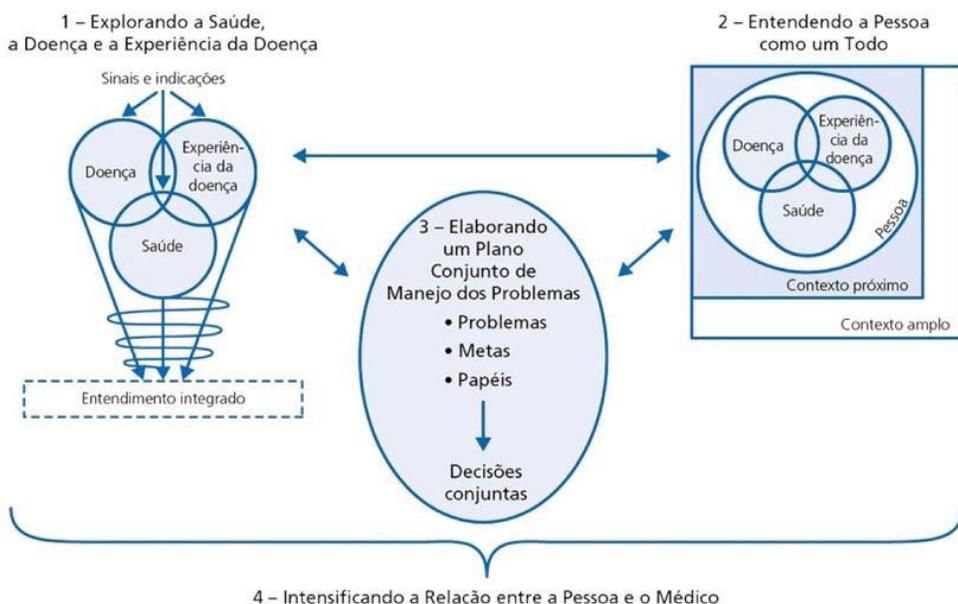


Figura 1 - O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS (2019).

O 1º componente do M CCP (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença) propõe que os médicos tenham um olhar mais amplo para além da doença ao incluírem a exploração da saúde e a experiência da doença das pessoas (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Nesse componente é importante diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica baseada em observações objetivas que tentam explicar o problema. Já o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada pessoa. A doença e o adoecimento nem sempre coexistem (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Recomenda-se o uso do acrônimo SIFE para abordar as quatro dimensões sobre a experiência da doença, sendo: 1) **S**entimentos da pessoa, especialmente o medo de estar doente; 2) suas **I**deias sobre o que está errado; 3) o efeito da doença sobre seu

Funcionamento de vida; e 4) suas Expectativas em relação ao seu médico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Dessa forma, a chave do MCCP é permitir que o fluxo maior seja trazido pela pessoa, inclusive, a expressão de sentimentos (FREEMAN, 2018).

Em relação ao 2º componente do MCCP (entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e o contexto), Stewart *et al.* (2017) ressaltam que os médicos desenvolvem um entendimento progressivo do contexto social e desenvolvimento das pessoas que atendem. Normalmente, essa informação não é coletada em um único encontro como parte da história social formal, mas, sim, de forma longitudinal (durante muitos meses ou anos). Esses autores ainda pontuam que não considerar o contexto que o paciente vive levará a erros tanto na interpretação dos achados quanto nos tratamentos recomendados.

O 3º componente do MCCP (elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas) é um dos objetivos centrais do MCCP. A elaboração desse entendimento se dá no contexto que abrange a individualidade da pessoa, sua família, outros relacionamentos importantes e o ambiente em que vive. Sendo assim, tal processo complexo é construído pela colaboração entre o médico e a pessoa, com base em confiança, empatia e respeito mútuo (STEWART *et al.*, 2017). Costumam ocorrer divergências na identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Às vezes, a falta de clareza sobre os papéis da pessoa e do médico ou sobre quem deve assumi-los pode resultar em ambiguidade e incerteza (STEWART *et al.*, 2017).

No 4º componente (intensificando a relação entre a pessoa e o médico), destaca-se também a importância de fortalecer a relação médico-pessoa, processo esse que deve ser construído durante toda a consulta e aprimorado em todos os encontros (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). De acordo com Stewart *et al.* (2017), os componentes interativos do MCCP tomam forma dentro das relações que se desenvolvem. Dessa forma, a relação serve à função de integração e se realiza pela parceria mantida com uma pessoa, incluindo compaixão, cuidado, empatia, confiança, compartilhamento de poder, continuidade, constância, cura e esperança.

## 2.2 A Pandemia COVID-19

De acordo com McIntosh (2020), os coronavírus são importantes patógenos humanos e animais. No final de 2019, um novo coronavírus foi identificado como a causa de um grupo de casos de pneumonia em Wuhan (cidade na província de Hubei, na China). A doença se espalhou rapidamente, resultando em uma epidemia em toda a China, acometendo um número crescente de casos em outros países do mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020), a rápida escalada do COVID-19, com disseminação em nível global, fez com que a OMS declarasse, em 11 de março de 2020, em Genebra, na Suíça, que o COVID-19 fosse considerado uma pandemia.

Conforme últimas atualizações e recomendações sobre a COVID-19, da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) (2020), os sintomas mais frequentes da doença 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. É comum também o surgimento de sintomas gastrointestinais, como náuseas, epigastralgia ou diarreia, em alguns pacientes.

Em 22 de janeiro de 2021, foram confirmados no mundo 96.267.473 casos de COVID-19 (624.353 novos em relação ao dia anterior) e 2.082.745 mortes (16.079 novas em relação ao dia anterior) (OMS; OPAS, 2020). Em 24 de janeiro de 2021, o Brasil tinha um total de 8.844.577 casos confirmados de COVID-19 e 217.037 óbitos confirmados pela doença (BRASIL, 2021). Ainda em 21 de janeiro de 2021, os números atualizados do boletim 307, da Prefeitura Municipal, tabulavam 13.855 casos confirmados de COVID-19, sendo 489 óbitos contabilizados (PMGV, 2021; BRASIL, 2021). Estima-se que esses números sejam ainda maiores, dado que não levam em conta atrasos nas notificações ou casos positivos não testados (RUSSELL *et al.*, 2020).

Em linhas gerais, na vigência de pandemias, a saúde física das pessoas e o combate ao agente patogênico são os focos primários de atenção de gestores e estudantes da saúde, de modo que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (ORNELL *et al.*, 2020).

Contudo, medidas adotadas para reduzir os impactos psicológicos da pandemia não podem ser desprezadas nesse momento (BROOKS *et al.*, 2020; XIAO, 2020). Se isso ocorre, geram-se lacunas importantes no enfrentamento dos desdobramentos negativos associados à doença, o que não é desejável, sobretudo porque os impactos psicológicos podem ser mais duradouros e prevalentes que o próprio acometimento pela COVID-19, com ressonância em diferentes setores da sociedade (ORNELL *et al.*, 2020).

De acordo com as atualizações e recomendações sobre a COVID-19, da SBI (2020), a mensagem sobre as vacinas é de otimismo. A vacinação foi iniciada em alguns países, no início de dezembro de 2020, começando pelos profissionais de saúde e residentes em lares para idosos. Sendo assim, a OMS e a OPAS (2020) ressaltam que é fundamental lembrar que, embora as vacinas possam ajudar a acabar com a pandemia, elas não resolverão tudo. À medida que a crise da pandemia do COVID-19 continuar, ainda será necessária tomar todas as medidas para evitar que o vírus se espalhe e cause mais mortes.

No município em questão foi elaborado um Plano Municipal de Vacinação pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) e a primeira fase da vacinação iniciou em 19 de janeiro de 2021, seguindo os protocolos do Governo Federal (PMGV, 2021).

### 3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela médica e residente do 2º ano do programa de residência médica de MFC, realizado em uma ESF, oferecido pela SMS do município, em Minas Gerais (MG).

Esta ESF é composta por: um médico residente de MFC; um enfermeiro generalista; um técnico de enfermagem; cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); um cirurgião dentista; um auxiliar de saúde bucal; um funcionário de serviços gerais; e um auxiliar administrativo. Além da equipe básica, a ESF conta com o aprimoramento das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este é composto por: um profissional fisioterapeuta; um profissional de psicologia; um educador físico; um profissional nutricionista; um profissional de farmácia; e um assistente social.

A população total da ESF é de 3.022 pessoas cadastradas, que são subdivididas em 05 microáreas.

A experiência será relatada em 07 momentos, que iniciaram em 18 de março de 2020 até 09 de outubro de 2020. Os cuidados e os atendimentos com a paciente e sua família prosseguem até o momento da elaboração do estudo e são guiados pelos princípios nucleares da APS e direcionados pelo MCCP.

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016, Artigo 1, Parágrafo único, e Carta Circular nº 166/2018 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SECNS)/MS (Brasília, junho de 2018), item 2.c, os aspectos éticos foram considerados e a paciente do relato de experiência terá seu anonimato garantido em seus depoimentos e preservada a identidade, onde será utilizada a sigla MDD para identificação da mesma nesse relato. Todos os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de consentimento para imagem.

### 4 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Tal experiência ocorreu através de consultas médicas na ESF, intervenções domiciliares e telemedicina, totalizando em 07 atendimentos à paciente, descritos a seguir:

**1º momento:** realizado de forma ambulatorial, no dia 18 de março de 2020, como demanda espontânea emergencial, por se tratar de sintomas de síndrome gripal com sinais de gravidade.

Trata-se de uma paciente, do gênero feminino, 66 anos, aposentada, reside com duas filhas e um neto em casa própria, com saneamento básico adequado e vivem com renda total de aproximadamente três salários mínimos. A paciente em questão, juntamente com a família, informam diagnóstico prévio de esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dislipidemia e obesidade grau II [Peso de 91,300 Quilogramas

(kg); Altura de 1,58 metros; Índice de Massa Corporal (IMC) de 36,6 kg/metros quadrados (m<sup>2</sup>)]. Em uso contínuo de zolpidem 10 mg, citalopram 20 mg, carbonato de lítio 300 mg, risperidona 1 mg, ácido valpróico 250 mg, losartana 50 mg, sinvastatina 20 mg, umeclidínio 55 mcg + vilanteroanoro 22 mcg (um jato ao dia), salbutamol 100 mcg (um jato de 12 em 12 horas se dispneia) e nebulização com solução fisiológica 0,9% + brometo de ipratrópio + bromidrato de fenoterol. Devido à sua história clínica progressiva, a paciente é domiciliada. Refere também que é ex-etilista, há 05 anos, e ex-tabagista, há 04 anos (carga tabágica de 106 anos-maço). Nega alergia medicamentosa. Na história familiar tem etilismo (pai) e depressão (mãe).

Durante acolhimento, MDD estava acompanhada das 02 filhas e do neto. Referiu febre aferida de 39 graus Celsius (° C), cefaleia, tosse secretiva, rouquidão, coriza e congestão nasal, dispneia, prostração, fadiga e mialgia, há 02 dias. Os primeiros sintomas iniciaram em 16 de março de 2020 e persistiam até o momento, com exceção da febre que havia cedido no dia anterior. A paciente e a família relataram que os sintomas iniciaram primeiramente na filha mais velha, 06 dias antes da consulta médica (12 de março de 2020), após a mesma ter vindo do estado do Paraná, via transporte público. Após 03 dias, MDD desenvolveu os sintomas respiratórios.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, com condições de autocuidado preservadas, verbalizando, interagindo com examinador, orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente, sem alterações do pensamento, normoprosexica, eutímica e afeto congruente com humor, corada, hidratada e afebril (temperatura axilar 36,6° C). Sistema cardiovascular com ritmo cardíaco regular, em dois tempos, sem sopro sistólico, com Pressão Arterial (PA) de 80 x 60 Milímetros de Mercúrio (mmHg). Sistema respiratório com sibilos dispersos em hemitórax direito, com uso da musculatura abdominal, com retração de fúrcula esternal, com Frequência Respiratória (FR) de 26 incursões respiratórias por minuto (irpm) e Saturação de Oxigênio (Sat O<sub>2</sub>) 84%. Na oroscopia havia hiperemia difusa, sem presença de placas bacterianas.

Considerando a história clínica, o exame físico da paciente e o contexto epidemiológico, logo a equipe de saúde pensou no momento mundial vivido, a pandemia do COVID-19.

Diante do exposto, o raciocínio clínico foi direcionado para sintomas de síndrome gripal com sinais de gravidade, de forma mais específica COVID-19. Sendo assim, por se tratar de um assunto tão recente e de conhecimento científico limitado, no momento, realizou-se contato com o setor da epidemiologia do município, com a intenção de buscar informações e agilidade quanto ao fluxo que deveria ser seguido. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acionado para remoção da paciente ao Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV). O setor da epidemiologia realizou a notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e reservou leito no HMGV.

Os demais membros da família foram notificados como síndrome gripal leve e orientados quanto ao quadro, à importância do isolamento social, que nesse período era de 14 dias, e sobre os sinais de gravidade. As dúvidas da família foram respondidas e, nesse momento, percebeu-se o pânico estampado naquele contexto familiar.

Foi nesse momento que a equipe de saúde optou por “monitorar mais de perto” essa família e tomou a decisão, não rotineira, de realizar monitoramento por telemedicina. Além disso, foi nesse instante que a médica/residente decidiu que iria relatar essa experiência.

MDD ficou internada por 02 dias no HMGV. Durante esses dias, a equipe da ESF manteve contato telefônico com a filha mais velha da paciente e esta informou que a mãe estava em uso de oxigênio suplementar na máscara de alto fluxo e das seguintes medicações: azitromicina 500 mg, levofloxacino 750 mg, prednisona 20 mg, umeclidínio 55 mcg + vilanteroanoro 22 mcg (um jato ao dia) e nebulização com solução fisiológica 0,9% + brometo de ipratrópio + bromidrato de fenoterol. Foi coletado o exame Reação em Cadeia Polimerase em Tempo Real (RT-PCR), da paciente e da filha mais velha e estavam aguardando o resultado.

Após alta hospitalar, em 20 de março de 2020, além do monitoramento diário por telemedicina da equipe da ESF, MDD passou a receber visitas domiciliares diárias de um médico contratado pela prefeitura para acompanhar os pacientes com sintomas gripais graves. A família de MDD permaneceu recebendo monitoramento diário telefônico da equipe da ESF. A filha mais velha manteve sintomas gripais leves e a filha caçula e o neto permaneceram assintomáticos.

**2º momento:** realizado no dia 27 de março de 2020, como demanda de intervenção domiciliar. Nesse momento, durante os monitoramentos telefônicos diários, a equipe de saúde já tinha o conhecimento que o RT-PCR da paciente tinha dado reagente e, portanto, tratava-se do primeiro caso confirmado de COVID-19 no município. MDD e a família permaneciam em isolamento domiciliar até a data de 29 de março de 2020.

A médica responsável pelo setor de epidemiologia do município realizou contato telefônico com a equipe da ESF e relatou que a família da paciente informou que a mãe havia piorado e estava mais prostrada e “cansada”.

Durante a intervenção domiciliar, a paciente encontrava-se restrita ao leito, acompanhada das filhas e do neto, queixando prostração, mialgia e dispneia intensa.

Ao exame, MDD encontrava-se em regular estado geral, orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente, sem alterações do pensamento, da atenção e do humor, corada, hidratada e afebril. Sistema cardiovascular com ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopro sistólico, com Frequência Cardíaca (FC) de 103 batimentos por minuto (bpm). Sistema respiratório com sibilos difusos bilateralmente, com uso da musculatura abdominal, com retração de fúrcula esternal, FR 22 irpm e Sat O<sub>2</sub> variando 69 a 73%.

De forma imediata, a equipe da ESF realizou novamente contato com o SAMU e enquanto aguardava a remoção da paciente, entrou em contato com a epidemiologista para garantir o leito no hospital municipal em tempo hábil.

MDD e sua família continuaram sendo monitorados diariamente via telemedicina. A paciente refere que no período da 2ª internação hospitalar, alguns funcionários do hospital e alguns pacientes/acompanhantes (internados na mesma ala), agiram de forma desumanizada, evitavam manipulá-la e tinham receio de aproximar-se.

A paciente ficou internada por 07 dias, tendo alta hospitalar em 03 de abril de 2020. Teve alta com oxigênio suplementar em cateter nasal domiciliar, se necessário.

**3º momento:** realizada nova intervenção domiciliar, no dia 13 de abril de 2020. A paciente estava acompanhada das filhas, restrita ao leito, em uso de oxigênio em cateter nasal, verbalizando, sem confusão mental e sem agitação psicomotora, queixando áreas de assadura, extremamente dolorosas, em virilha, órgãos genitais e coxas bilaterais, iniciadas desde a internação hospitalar. Nega febre, outros sintomas associados e fatores de piora ou melhora. Está em uso de pomada de óxido de zinco com nistatina e óleo de girassol, sem melhoras dos sintomas. As eliminações fisiológicas, o apetite e o sono estão preservados.

Além da demanda prévia, a filha mais velha relata que 02 dias após a alta hospitalar (05 de abril de 2020), a mãe evoluiu com comprometimento da fala (frases desconexas e descoordenadas), reconhecimento das filhas (“em alguns momentos a mãe reconhece a gente e em outros não”), hipotimia, apatia, anedonia e diminuição da mobilidade. Refere que sintomas semelhantes já aconteceram em outras ocasiões após episódios de trauma psicológico, exemplo quando se divorciou. A primogênita também conta que, há 02 dias (11 de abril de 2020), suspendeu por conta própria o uso de ácido valpróico, carbonato de lítio, risperidona, citalopram e sinvastatina. Manteve administração apenas de zolpidem, losartana, umeclidínio 55 mcg + vilanteroanoro 22 mcg, salbutamol spray 100 mcg (se dispneia) e nebulização com solução fisiológica 0,9% + brometo de ipratrópio + bromidrato de fenoterol. A família alega que depois de retirar parcialmente a medicação, há 24 horas, o estado mental da mãe melhorou.

Durante o exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, verbalizando, interagindo com o examinador, sem agitação psicomotora, orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente, sem alterações do curso, do conteúdo e da forma do pensamento, eutímica e normoproséxica. PA 100 x 80 mmHg, FC 73 bpm, FR 18 irpm e Sat O<sub>2</sub> em 02 L de oxigênio em cateter nasal oscilando de 89 a 94%. Na ectoscopia havia lesão extensa, descamativa, com hiperemia intensa, edema e calor, com pontos pustulosos em região genital, nádegas bilaterais e terço proximal do fêmur bilateral. Sistema cardiovascular e respiratório sem alterações. Na oroscopia havia placas esbranquiçadas na língua, sem hiperemia de orofaringe ou placas em amígdalas.

Diante do exposto, as seguintes hipóteses diagnósticas foram levantadas: 1) lesões de pele devido a quadro infeccioso agudo gerando episódios prévios de confusão mental (relato da família); 2) confusão mental (dissociação do pensamento) causado por Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); 3) confusão mental medicamentosa; e 4) candidíase oral.

Considerando o raciocínio clínico elaborado, a equipe de saúde juntamente com a paciente e a família definiram os seguintes planos: 1) feito orientação acerca dos sinais de gravidade e se presentes, solicitado que a família comunicasse e levasse a paciente para atendimento de urgência; 2) manter suspenso o ácido valpróico, o carbonato de lítio, a risperidona, o citalopram e a sinvastatina; 3) solicitação, com prioridade, de nova avaliação laboratorial (funções renal, hepática e tireoidiana, perfil lipídico, ionograma, hemograma, glicemia jejum, urina tipo I e urocultura com antibiograma) para avaliar nova proposta medicamentosa; 4) referenciamento da paciente para nova consulta com psiquiatra, para avaliar os diagnósticos mentais anteriormente estabelecidos; 5) prescrição de amoxicilina 875 mg com clavulanato 125 mg, dipirona 01 grama e nistatina oral para higiene bucal; 6) orientações para manter o óleo de girassol, os cuidados com a higiene, as mudanças de decúbito e a prudência com alimentação e hidratação.

Após condutas anteriores terem sido concluídas, a paciente manteve-se assintomática, com resolução das lesões de pele, da candidíase oral e estabilização do estado mental. A equipe de saúde manteve vigilância telefônica com a família e combinaram que quando a paciente consultasse com o psiquiatra, estivesse com os resultados dos exames laboratoriais em mãos ou se houvesse qualquer alteração do quadro clínico, seria agendada nova consulta.

**4º momento:** realizado via contato telefônico, no dia 10 de maio de 2020. A filha mais velha de MDD entrou em contato com a equipe de saúde informando que a mãe estava internada desde o dia anterior no hospital municipal, devido a 02 episódios de crises convulsivas ocorridas no dia 09 de maio de 2020.

Após conhecimento do quadro atual, familiares e equipe da ESF mantiveram contato telefônico diário para informações da condição clínica da paciente. MDD ficou internada por 05 dias e neste período não teve novos episódios convulsivos. A informante conta que nos momentos pré-ictais a mãe estava lúcida, orientada e assintomática, realizando normalmente suas atividades de vida diária. Conta que MDD não tem história prévia de crise convulsiva.

A filha refere que a causa das convulsões não foram elucidadas no momento da alta hospitalar e que a mãe saiu do hospital sem prescrição de outras medicações. Foi afirmado que se tratava de uma ocorrência clínica que realmente precisava ter causa esclarecida e que diante do quadro clínico da paciente e de sua história prévia de ausência de epilepsia, seria importante a avaliação eletiva de um profissional neurologista.

**5º momento:** realizado na ESF como consulta agendada, no dia 26 de junho de 2020.

Paciente comparece a consulta acompanhada da filha mais velha, assintomática no momento, referindo que PA sistólica tem oscilado entre 180-150 mmHg e a diastólica entre 100-80 mmHg no domicílio. A consulta foi agendada para avaliação dos resultados de exames e para informar que passou por consulta com psiquiatra e neurologista.

Foi solicitado pelo neurologista um eletroencefalograma, que já foi realizado, mas o resultado do exame ainda não estava disponível. Como a paciente não teve novos episódios convulsivos, o neurologista optou por não entrar com medicação.

MDD relata que psiquiatra acrescentou quetiapina 100 mg (0-0-1), retirou o zolpidem e manteve os demais. Está em uso de losartana 50 mg (1-0-1), quetiapina 100 mg (0-0-1), salbutamol spray 100 mcg, nebulização com solução fisiológica 0,9% + brometo de ipratrópio + bromidrato de fenoterol e oxigênio suplementar no cateter nasal, somente se necessário. Está mantendo dieta balanceada. Refere eliminações fisiológicas, sono e apetite preservados.

Diante dos exames laboratoriais apresentados, coletados em 29 de abril de 2020, a glicose de jejum e os triglicerídeos estavam com valores alterados, sendo respectivamente, 115 mg/dl e 265 mg/dl. Além destes, no dia 18 de maio de 2020, foi realizada urocultura com antibiograma, que mostrou presença de *Pseudomonas aeruginosas*, sensível a ciprofloxacino.

Ao exame físico, paciente encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, sem confusão mental, eutímica, sem alterações do pensamento e normoproséxica. Sistema cardiovascular com ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em 02 tempos, sem sopro sistólico, FC 79 bpm, PA 150 x 100 mmHg, Sat O<sub>2</sub> em ar ambiente 94%. Escotoscopia, sistema respiratório e exame abdominal sem alterações.

Os seguintes raciocínios clínicos foram elaborados: 1) infecção do trato urinário por *Pseudomonas aeruginosas*; 2) crises convulsivas a esclarecer; 3) HAS descompensada; 4) glicose de jejum alterada; 5) hipertrigliceridemia.

Após as hipóteses diagnósticas levantadas, a equipe juntamente com a paciente e a filha traçaram como planejamento terapêutico: 1) iniciar ciprofloxacino 500 mg e após 10 dias do término do antibiótico, colher nova urocultura com antibiograma; 2) solicitar ultrassonografia dos rins e das vias urinárias; 3) orientar novamente os sinais e sintomas de gravidade e ressaltar a importância de comunicar anormalidades e procurar atendimento de urgência na presença desses; 4) retornar com o resultado do eletroencefalograma, quando estivesse disponível; 5) otimizar a medicação para HAS, acrescentando hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0); 6) solicitar medida residencial da PA; 7) orientar mudanças do estilo de vida (dieta e atividade física de acordo com tolerabilidade) – a paciente e a filha também traçaram tal mudança como meta; 8) encaminhamento ao nutricionista do NASF; 9) programar repetição dos exames laboratoriais para dois meses (perfil glicêmico e lipídico).

A equipe de saúde manteve vigilância telefônica com a família e foi informada que a paciente concluiu o uso do antibiótico oral conforme prescrição, porém, após os 10 dias, MDD teve resistência em realizar novamente a urocultura. A equipe entrou em contato diretamente com a paciente e através de diálogo e novo planejamento terapêutico, a paciente comprometeu-se a cumprir a pendência.

**6º momento:** realizado como consulta agendada na ESF, no dia 12 de agosto de 2020.

Paciente estava assintomática, deambulando sem apoio, acompanhada da filha mais velha, com a demanda de apresentar resultados de exames solicitados no momento anterior. Referindo que PA tem se mantido dentro dos valores de normalidade. Afirma que está fazendo dieta balanceada (acompanhada por nutricionista do NASF) e atividades físicas regulares. Paciente informa que após mudanças de estilo de vida tem ficado mais disposta e mais ativa em relação às atividades de vida diárias. Refere eliminações fisiológicas, sono e apetite preservados.

Filha relata que levou a mãe ao neurologista para elucidar possíveis causas das crises convulsivas ocorridas no dia 09 de maio de 2020. Foi realizado eletroencefalograma no dia 15 de junho de 2020, evidenciando alteração focal epileptogênica, caracterizada pela presença de ondas agudas em região temporal esquerda. Após resultado do eletroencefalograma, foi prescrito ácido valpróico 250mg (0-0-1). Paciente nega novos episódios convulsivos.

Atualmente está em uso das mesmas medicações do momento anterior e ácido valpróico. Refere que não está necessitando do uso de oxigênio suplementar no cateter nasal.

Conforme combinado previamente, realizou tratamento regular com ciprofloxacino e os novos exames de urina e ultrassonografia dos rins e vias urinárias estavam sem alterações.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, sem confusão mental, interagindo com examinador, sem alterações do pensamento, do humor e da atenção. Peso de 87,9 kg e altura de 1,58 m (IMC 35,2 kg/m<sup>2</sup>), PA 120 x 80 mmHg, Sat O<sub>2</sub> em ar ambiente variando de 91-94%. Sistema neurológico com pupilas isocóricas e fotorreagentes, força motora e sensibilidade preservadas. Sistema cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações.

Os seguintes raciocínios clínicos foram elaborados: 1) HAS controlada; 2) infecção do trato urinário por *Pseudomonas aeruginosas* solucionada; 3) epilepsia; 4) DPOC estável; 5) obesidade severa; 6) boa adesão às mudanças de estilo de vida.

Após as hipóteses diagnósticas, as receitas das medicações de uso contínuo foram renovadas, foram feitas orientações sobre a manutenção da dieta balanceada e das atividades físicas regulares e a perda de peso foi incentivada.

**7º momento:** realizado como intervenção domiciliar, no dia 09 de outubro de 2020. A paciente estava acompanhada do neto, deambulando sem dificuldade e verbalizando, queixando ganho de peso excessivo após início do uso do ácido valpróico, há aproximadamente 02 meses. Relata que mesmo realizando dieta balanceada e atividade física regular, aumentou o peso em aproximadamente 10 Kg após iniciar a medicação.

MDD refere que não houve novos episódios de crises convulsivas e nem de confusão mental.

A paciente afirma que atualmente está em uso de: ácido valpróico 250 mg (0-0-1), quetiapina 50 mg (0-0-1), clonazepam 02 mg (0-0-1), losartana 50 mg (1-0-1), hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0), salbutamol spray 100 mcg (se dispneia) e nebulização com solução fisiológica 0,9% + brometo de ipratrópio + bromidrato de fenoterol. A paciente relata que não está sendo necessário usar o oxigênio suplementar no cateter nasal. Nega alergia medicamentosa.

Durante o exame físico, a paciente estava em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, peso de 94,8 kg, altura de 1,58 m e IMC de 38 kg/m<sup>2</sup>, interagindo com a examinadora, sem confusão mental, sem alterações do pensamento, eutímica, afeto congruente com humor e normoprosexica. Sistema cardiovascular com ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em dois tempos, sem sopro sistólico, FC 89 bpm, PA 110 x 70 mmHg. Sistema respiratório com murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório, Sat O<sub>2</sub> em ar ambiente de 90%. O abdome estava com ruídos hidroaéreos presentes, normotimpânico, normotenso, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Os membros inferiores tinham pulsos pediosos presentes, amplos e simétricos, panturrilhas livres bilaterais e edema bilateral em terço distal das pernas (sinal de cacifo +/4+).

Considerando a anamnese e o exame físico, pensou-se em ganho de peso devido ao efeito colateral do ácido valpróico. Destaca-se que além do raciocínio prévio elaborado devido à queixa atual, as condições de saúde anteriormente estabelecidas devem ser consideradas, sendo: 1) HAS controlada; 2) DPOC estável; 3) obesidade II (severa) – com piora do IMC em relação à consulta anterior; 4) epilepsia; 5) boa adesão às mudanças de estilo vida.

Diante do raciocínio clínico estabelecido, a paciente foi encaminhada novamente ao neurologista de forma eletiva, para avaliar a troca do ácido valpróico por outra medicação que não interfira de forma drástica em seu peso. Além disso, foram solicitados os exames laboratoriais programados no 5º momento; orientações sobre a manutenção da dieta e da atividade física regular; e pedido que a PA continuasse sendo aferida.

## 5 | DISCUSSÃO

O relato de experiência aconteceu em 07 momentos distintos, nos quais foram abordados os cuidados da paciente de acordo com os princípios nucleares da APS e direcionados pelo método de abordagem centrado na pessoa.

Sendo assim, faz-se necessário a construção de uma linha do tempo para melhor entendimento do relato cronologicamente, a seguir:



Figura 3 - Linha do tempo do relato de experiência

Fonte: a autora (2021).

Contextualizando o relato de experiência com os princípios nucleares da APS, percebe-se que MDD utilizou a ESF como primeiro contato. Uma vez que este é o princípio soberano, é a representatividade da porta de entrada e o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No 1º momento, quando a equipe teve seu raciocínio clínico direcionado para síndrome gripal, de forma mais específica COVID-19, o mesmo foi realizado de forma assertiva, sendo que foi considerada a história clínica da paciente, o exame físico e o contexto epidemiológico mundial vivido. De forma epidemiológica, já havia sido declarado pela OMS e pela OPAS (2020), que o COVID-19 era considerado uma pandemia. Além disso, havia o fato da filha mais velha ter vindo de outro estado e logo após ter desenvolvido sintomas gripais.

Os relatos clínicos e o exame físico da paciente durante o 1º acolhimento também eram compatíveis com sinais e sintomas de síndrome gripal. De acordo com Caliendo e Hanson (2021), em pacientes sintomáticos, a possibilidade de COVID-19 deve ser considerada principalmente naqueles que apresentam febre e/ou sintomas do trato respiratório (por exemplo: tosse e dispneia). Além disso, também se deve considerar em pacientes com doenças graves do trato respiratório inferior sem uma causa clara.

Durante o 1º momento, ao dar a notícia e as devidas informações relacionadas à síndrome gripal, como o isolamento social e os sinais e sintomas de gravidade, a equipe de saúde ficou extremamente sensibilizada com o momento que a família vivia. Uma notícia

tão desconhecida e com pouco conhecimento científico, no momento, que abalou toda a estrutura familiar.

Considerando os fenômenos de transferência e contratransferência, a relação médico-pessoa deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico. Os autores afirmam que não tem como não se afetar de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do próximo, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações proporcionam maiores frustrações e angústias ao profissional (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

O resultado positivo do RT-PCR de MDD, no 2º momento, está em concordância com a literatura. Corroborando com tal afirmação, as atualizações e recomendações sobre COVID-19 da SBI (2020), referem que pacientes sintomáticos com suspeita da doença devem ser submetidos preferencialmente ao exame de RT-PCR (60 a 80% de sensibilidade), com material coletado da nasofaringe por swab, idealmente na primeira semana de sintomas. Se o resultado for positivo para COVID-19, confirma o diagnóstico, já que resultados falso-positivos são raros (especificidade de 99% ou mais).

Sobre o referenciamento da paciente para o nível de alta complexidade, durante o 1º e 2º momentos, quando foi transportada ao hospital municipal pelo SAMU, a conduta foi assertiva, uma vez que MDD apresentava sinais de gravidade em ambas às situações, além de fazer parte do grupo de risco para COVID-19. Corroborando com esses achados, Cohen e Blau (2021) afirmam que, normalmente, os pacientes são encaminhados para o pronto socorro para monitoramento adicional e provável internação hospitalar com um ou mais dos seguintes critérios: dispneia grave (dispneia em repouso e que interfira na capacidade de falar frases completas); Sat O<sub>2</sub> em ar ambiente menor ou igual 90%, independentemente da gravidade da dispneia; alterações mentais (exemplo, confusão, mudança de comportamento, dificuldade de despertar); e outros sinais e sintomas de hipoperfusão ou hipóxia (exemplo, quedas, hipotensão, cianose, anúria, precordialgia sugestiva de síndrome coronariana aguda).

Ainda no 2º momento, durante a internação no hospital municipal, a paciente refere que percebeu desumanização no atendimento de alguns profissionais. Nesse momento, no município, ainda não existia um centro especializado para internação de pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19. Ressalta-se que um dia após a admissão de MDD, em 28 de março de 2020, os pacientes com sintomas gripais passaram a ser direcionados à Policlínica Central Municipal (PCM) (PMGV, 2020). A data da mudança do fluxo de atendimento de pacientes suspeitos de síndrome gripal e confirmados de COVID-19 aumenta a dúvida sobre a falta de protocolos para conduzir o serviço. Nesse contexto, acredita-se que após o período de adaptação e experiência no novo setor, PCM, o atendimento tornou-se mais humanizado.

No 3º momento, após alta hospitalar da 2ª internação, a família referiu que a mãe evoluiu com quadro de confusão mental e humor deprimido. Relatam também que sintomas semelhantes já aconteceram em outras ocasiões. Ao exame físico, a paciente encontrava-se sem alteração do estado mental. Sendo assim, uma das hipóteses diagnósticas levantadas foi a de TEPT pós-COVID-19. De acordo com Stein (2020), existem poucos dados disponíveis sobre doenças psiquiátricas em pacientes com COVID-19. Entretanto, estudos de epidemia de coronavírus anterior sugerem que muitos pacientes com COVID-19 manifestarão sintomas e transtornos psiquiátricos. Esse autor prevê que grande parte dos pacientes que são hospitalizados com COVID-19 e depois se recuperam, desenvolverão doenças psiquiátricas persistentes, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e TEPT.

Em relação aos diagnósticos prévios da saúde mental da paciente e a possível hipótese diagnóstica de TEPT, a equipe optou por referenciá-la ao psiquiatra. Tal conduta foi tomada respeitando a ideia de prevenção quaternária. Esta é um novo termo para um conceito antigo: “primeiro não causar dano”. Ela estabelece um teto para um conjunto de disciplinas e atitudes, tais como Medicina Baseada em Evidências (MBE), qualidade do cuidado, medicina defensiva, propostas nosográficas abusivas e questões éticas relacionadas ao paciente de difícil ajuda (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O 3º momento aconteceu em formato de assistência domiciliar, assim, como o 2º e 7º momentos. Através deles, foi possível vivenciar uma característica essencial e indispensável em MFC, que é a proximidade que essa ferramenta proporciona com o paciente, com a família e com seu contexto. Dessa forma, Gusso, Lopes e Dias (2019) ressaltam a importância da visita domiciliar e da abordagem familiar, uma vez que são recursos de intervenção que poucas especialidades ou disciplinas dispõem. Sendo assim, afirmam que atender uma pessoa em sua casa proporciona informações diagnósticas, possibilita intervenções terapêuticas e fortalece o vínculo da relação clínica de forma especial e definitiva.

No 4º momento, por telemedicina, em 10 de maio de 2020, quando informada da internação hospitalar devido a 02 episódios de crises convulsivas no dia anterior e ausência de episódios convulsivos prévios, a paciente foi referenciada de forma eletiva ao neurologista. Diante de tal conduta, percebe-se a responsabilidade da equipe com a condição de saúde da paciente. Nota-se também que os medos e as inseguranças não foram medicalizados (prevenção quaternária) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Ainda no 4º momento, é importante ressaltar que a forma de contato da família de MDD com a equipe de saúde, para informar a intercorrência das crises convulsivas, foi via telemedicina. Contato esse que foi realizado desde o 1º momento até o último. Dessa forma, Sarti *et al.* (2020) afirmam que a pandemia impôs mudanças no arcabouço legal que rege a prática de telessaúde no país, fazendo com que o Conselho Federal de Medicina

passasse a reconhecer o uso de ferramentas de telemedicina por profissionais médicos no intuito de orientar, encaminhar e monitorar pessoas suspeitas ou positivas para COVID-19.

No 5º momento, dia 26 de junho de 2020, tiveram muitos achados clínicos que renderiam diversas discussões nesse sentido, mas em concordância com o objetivo principal do relato de experiência, o ponto mais importante a ser discutido é o MCCP. Sendo assim, percebe-se nesse momento a relevância da corresponsabilização da família nos cuidados e no tratamento da mãe. Foi fundamental elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas com a paciente e a família, que é o 3º componente do MCCP.

A equipe multidisciplinar juntamente com MDD e sua família, assumiram o compromisso mútuo de encontrar um projeto comum para tratar dos problemas. Ou seja, concordaram nas três áreas principais do 3º componente do MCCP: 1) definição dos problemas a serem manejados; 2) estabelecimento das metas e as prioridades para o tratamento; e 3) identificação de quais papéis seriam assumidos pela paciente, família e equipe (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Ainda no 5º momento do relato da experiência, Stewart *et al.* (2017) concordam que o processo de elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas entre a pessoa assistida e o médico é um componente integral e interativo do MCCP. Afirmam que este é o eixo central ou o local de convergência, no qual todos os componentes do método se unem. Por fim, os autores referem que para elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, o profissional deve considerar todos os aspectos do MCCP: conhecer a saúde, a doença e a experiência da doença da pessoa; explorar o indivíduo e seu contexto de vida; e construir constantemente a relação entre o médico e o paciente.

Percebe-se que o 6º e o 7º momentos reafirmaram que MDD e a equipe de saúde conseguiram alcançar o princípio nuclear da APS longitudinalidade e que a cada encontro intensificam a relação médico-paciente. Corroborando, Norman e Tesser (2015) afirmam que a relação médico-paciente é a pedra angular da prática do médico de família, sendo um dos pilares que a define enquanto especialidade. De acordo com esses autores, por trabalhar com muitos casos indiferenciados, centrados na pessoa e na comunidade, a MFC é a especialidade que mais apoia e valoriza a relação médico-paciente.

A longitudinalidade também é um princípio nuclear da APS. Ela é considerada uma relação pessoal de longa duração entre usuários e profissionais em seus centros de saúde, não dependendo do problema de saúde ou mesmo da existência de algum problema (SHIMAZAKI, 2009). Considerando a definição de longitudinalidade e a sua relação estritamente interligada com o MCCP, pode-se afirmar que durante os 07 momentos descritos do relato da experiência, a paciente foi atendida conforme o princípio da longitudinalidade.

O princípio nuclear da APS coordenação do cuidado denota a articulação do sistema e envolve a continuidade de informação dentro do sistema, seja pela continuidade do profissional, seja via prontuário médico. A referência e a contrarreferência são ferramentas

essenciais para a coordenação do cuidado (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Este princípio é um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS (SHIMAZAKI, 2009).

A paciente foi atendida na APS preservando o princípio da coordenação do cuidado, utilizaram-se registros prévios do prontuário, referenciamentos a outros profissionais da própria UBS e também a outros níveis de atenção (especialistas e HMGV). Em relação a estes últimos, percebeu-se 04 situações que o princípio da coordenação mostrou-se enfraquecido em relação à contrarreferência, sendo: após os episódios de alta hospitalar (1º, 2º e 4º momentos) e após a consulta eletiva com o neurologista (6º momento).

A integralidade também é um dos princípios nucleares da APS. Ela exige que a atenção básica reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos necessários para abordá-las (SHIMAZAKI, 2009). Dessa forma, considera-se que MDD teve seus problemas de saúde resolvidos pelo SUS. Como exemplo, pontua-se que a paciente teve alta do HMGV, no dia 03 de abril de 2020 (2º momento), com suporte de oxigênio suplementar domiciliar.

Em relação à promoção de saúde e prevenção de agravos que fazem parte da APS e devem ser exploradas em todos os componentes do MCCP, destaca-se um ponto negativo que não foi lembrado pela equipe de saúde, que é o rastreo do câncer de mama. Acredita-se que por terem focado de forma intensa nas comorbidades pré-existentes e nas intervenções relacionadas às mudanças no estilo de vida, em algum momento, o rastreo do câncer de mama foi perdido. Considerando à detecção precoce dessa patologia, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o MS (2020) recomendam a mamografia de rotina para as mulheres de 50 a 69 anos uma vez a cada dois anos.

Durante todos os momentos com MDD e a filha mais velha percebeu-se dificuldade em administrar o tempo de consulta. Por vezes, a consulta estendia-se e causava atrasos e desorganização na agenda. Acredita-se que tais situações aconteciam por terem um vínculo fortalecido e não conseguirem identificar o momento de interromper. Corroborando com esses achados, Gusso, Lopes e Dias (2019) afirmam que consultas longas podem não ser produtivas, especialmente se proporcionam desconforto e ansiedade no profissional.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que existem vários modelos de abordagem à consulta e que a consulta prática da MFC possui características próprias que inviabilizam uma consulta passo a passo. Portanto, o MCCP é o modelo de abordagem que mais se aproxima à compreensão e execução das habilidades de um médico de família.

Acredita-se que o MCCP, com suas características, sumarizado por seus 04 componentes, foi capaz de englobar e sistematizar os diversos aspectos e as diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde da paciente em questão, proporcionando uma melhor qualidade de vida, promovendo saúde e prevenindo outros agravos.

Centrar-se na pessoa é fundamental para realizar um atendimento de qualidade, porém, para ser verdadeiramente aplicado, ainda são necessários alguns ajustes, como: ser ensinado e replicado desde a graduação; aprendizagem de alguns novos conceitos; e mudanças de atitudes e valores dos profissionais que são engessados ao método clínico tradicional.

Faz-se necessário expor também que no início da pandemia do COVID-19 foi desafiante atuar nesse contexto, considerando os medos e anseios em relação ao novo e desconhecido SARS-CoV-2. Os medos eram relacionados à contaminação, ao escasso conhecimento científico sobre a doença e à impossibilidade de realizar algo realmente efetivo para a saúde da paciente.

Pontua-se o cenário da saúde mental que tem sido enfrentado. Tanto os profissionais de saúde que atuam na linha de frente quanto à população geral têm adoecido pelas consequências da pandemia do COVID-19. As pessoas têm sido acometidas por medo de adoecer, receio de perder os que prezam, isolamento social, medidas mais rigorosas de etiqueta respiratória e a, maioria, por dificuldade econômica. Sendo assim, os resultados apontam que têm aumentado os transtornos de ansiedade, de depressão, de TEPT e insônia.

Foi possível pensar que alguns fatores foram imprescindíveis na melhora do quadro clínico e da qualidade de vida da paciente, como: o compromisso e a responsabilização dos profissionais envolvidos; a busca incessante de conhecimento e atualização científica da equipe de saúde durante a pandemia do COVID-19; e a telessaúde, que proporciona tempo mais hábil para orientações e monitoramento das pessoas suspeitas de síndromes gripais ou confirmadas de COVID-19.

Torna-se necessário refletir sobre o protagonismo da APS no enfrentamento à pandemia do COVID-19, sendo conhecido que a maioria dos casos é leve e grande parte dos moderados recorre à rede de atenção básica como primeiro acesso para orientações e cuidados.

Percebe-se que quando se acredita no SUS e se cumpre seus princípios, os resultados são exitosos. Logo, quando realizado de acordo com o preconizado, esse funciona sim e proporciona atendimento com qualidade no intuito de prevenir doenças e promover saúde.

## REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA – SBI. **Atualizações e recomendações sobre a COVID-19**. São Paulo: SBI, 09 dez. 2020. Disponível em: <https://infectologia.org.br/2020/12/09/atualizacoes-e-recomendacoes-sobre-a-covid-19/>. Acesso em 30 dez. 2020.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 26, s. 8, p. 216-222, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-AXWFKP>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **COVID-19 no Brasil**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: [https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **Painel coronavírus**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS; Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. 9. ed. Brasília: MS, maio 2020. p. 41. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS; Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 20 set. 2020.

BROOKS, S. K. *et al.* **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence**. The Lancet, London (UK), v. 395, n. 10227, p. 912-920, fev. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em 20. set. 2020.

CALIENDO, A. M.; HANSON, K. E. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Diagnosis**. UpToDate, Cambridge, jan. 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnosis?search=crise%20conclusiva%20e%20covid-19&source=search\\_result&selectedTitle=13~150&usage\\_type=default&display\\_rank=13](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnosis?search=crise%20conclusiva%20e%20covid-19&source=search_result&selectedTitle=13~150&usage_type=default&display_rank=13). Acesso em: 20 jan. 2021.

COHEN, P.; BLAU, J. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults**. UpToDate, Cambridge, jan. 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-evaluation-and-management-in-adults?search=sinais%20de%20gravidade%20no%20covid-19&source=search\\_result&selectedTitle=14~150&usage\\_type=default&display\\_rank=14](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-evaluation-and-management-in-adults?search=sinais%20de%20gravidade%20no%20covid-19&source=search_result&selectedTitle=14~150&usage_type=default&display_rank=14). Acesso em: 22 jan. 2021.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney** [recurso eletrônico]. Tradução de André Garcia Islabão e Anelise Teixeira Burmeister. Revisão técnica de José Mauro Ceratti Lopes e Lêda Chaves Dias Curra. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. *E-pub*.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** [recurso eletrônico]. 2. ed. 2. v. Porto Alegre: Artmed, 2019. *E-book*.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestor e profissional de saúde: detecção precoce do câncer de mama**. Brasília: INCA/MS, set. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MCINTOSH, K. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): clinical features**. UpToDate, Cambridge, dez. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-features?search=covid%20tratamento%20precoce&topicRef=127759&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-features?search=covid%20tratamento%20precoce&topicRef=127759&source=see_link). Acesso em: 05 jan. 2021.

NORMAN, A. H.; TESSER C. D. **Prevenção quaternária**: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 01-10, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1011). Acesso em: 03 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 – escritório OPAS e da OMS no Brasil**. Brasília: OMS/OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 05 jan. 2021.

ORNELL, F. *et al.* **“Medo pandêmico” e COVID-19**: carga e estratégias de saúde mental. Revista brasileira de psiquiatria, São Paulo, v. 42, n. 3, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **Coronavírus**. Governador Valadares: PMGV, 2021. Disponível em: <https://www.valadares.mg.gov.br/coronavirus>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **Prefeitura de Valadares inicia a vacinação contra a COVID-19**. Governador Valadares: PMGV, 2021. Disponível em: <https://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/prefeitura-de-valadares-inicia-a-vacinacao-contra-a-covid-19/87930>. Acesso em: 25 jan. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **Saúde**. Governador Valadares: PMGV, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/policlinica-agora-e-referencia-em-coronavirus-covid-19/87535>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **Secretaria Municipal de Saúde – SMS**. Governador Valadares: PMGV, 2021. Disponível em: <https://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-unidade/nome/secretaria-municipal-de-saude---sms/8>. Acesso em: 06 jan. 2021.

RUSSELL, T. W. *et al.* **Using a delay-adjusted case fatality ratio to estimate under-reporting**. Reino Unido: medRxiv, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.07.07.20148460>. Acesso em: 01 dez. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* **Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiologia e serviço de saúde, Brasília, v. 29, n. 2, p. 01-05, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SEIXAS, C. T. *et al.* **O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde**: o que usuários-guia nos ensinam. Interface comunicação, saúde, educação, Botucatu, p. 01-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>. Acesso em: 05 jan. 2020.

SHIMAZAKI, M. E. A atenção primária à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. **Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local**. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 10-16. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

STEIN, M. B. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**: psychiatric illness. UpToDate, California, dez. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-psychiatric-illness?search=COVID-19%20e%20TEPT&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-psychiatric-illness?search=COVID-19%20e%20TEPT&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#). Acesso em: 05 jan. 2021.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico [recurso eletrônico]. Tradução de Anelise Burmeister e Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de José Mauro Ceratti Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. *E-pub*.

XIAO, C. **A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) - related psychological and mental problems**: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation, China*, v. 17, n. 2, p. 175-176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>. Acesso em: 01 dez. 2020.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aglomerados 29, 31, 35, 43

Análise Espacial 47, 51, 54

Asma 18, 127, 128, 129

Assistência Centrada na Pessoa 84

Atenção Primária à Saúde 22, 23, 28, 84, 86, 104, 105

Atenção Psicossocial 112, 132, 135, 137, 138

### B

Boas Práticas de Fabricação 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11

### C

Contexto Escolar 59, 61, 62, 65

Coronavírus 1, 2, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 64, 68, 69, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 80, 84, 86, 88, 100, 104, 105, 108, 114, 115, 116, 123, 124, 127, 128, 129, 133, 137, 138

Covid-19 9, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 92, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143

### D

Dispêndios Municipais 29, 43

Doenças Respiratórias 26, 73

Doenças Transmissíveis 13

### E

Educação em Saúde 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 59, 61, 62

Epidemiologia 21, 23, 24, 67, 68, 105, 114, 116, 144

Epidemiologia Descritiva 68

Espiritualidade 107, 109, 110, 112

Estratégia de Saúde da Família 84, 86

### F

Frigoríficos 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11

## **G**

Grupos de Ancestralidade do Continente Africano 13

## **I**

Insuficiência Renal 77, 80, 82

Isolamento Social 4, 21, 22, 25, 56, 65, 92, 98, 103, 108, 114, 115, 116, 122, 123, 124, 136, 140, 143

## **L**

Legislação de Alimentos 1, 5, 7, 8, 10

Letalidade 27, 70, 72, 114, 116, 122, 123

Luto 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138

## **P**

Pandemia 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 39, 40, 46, 48, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 62, 64, 65, 66, 69, 73, 74, 75, 84, 86, 88, 89, 91, 98, 100, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 122, 124, 125, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Perfil Epidemiológico 24, 65, 75, 114, 116

Perfil Municipal 29, 35, 38, 39, 40, 43

## **Q**

Quilombola 13, 14, 15, 20, 21

## **R**

Residência Médica 84, 86, 90

Revisão de Literatura 118, 142

Riscos Psicossociais 140, 143

Ritual 107, 108, 110, 111, 113, 134, 137

## **S**

Saúde Mental 24, 69, 89, 100, 103, 105, 110, 112, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143

Saúde Pública 2, 14, 15, 21, 22, 23, 26, 60, 68, 69, 71, 75, 105, 114, 115, 123, 131, 133, 134, 135, 137, 140, 141, 143, 144

Segurança Alimentar 1, 4, 5, 9

Sistemas de Informação em Saúde 47

Sistema Único de Saúde 14, 47, 48, 49, 53, 54, 56, 60, 66, 86, 117

Suicídio 139, 140, 141, 142, 143

## V

Vírus 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 31, 47, 54, 56, 62, 68, 69, 71, 73, 74, 79, 80, 89, 108, 115, 123, 127, 128, 133, 134, 135, 137, 140

# Temas em Saúde Coletiva: **COVID-19**

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

 **Atena**  
Editora

Ano 2021

# Temas em Saúde Coletiva: **COVID-19**

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)