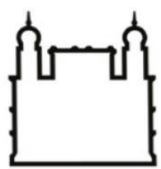




COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF
INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

EXPEDIENTE

Área de Atenção Clínica à Criança e ao Adolescente
Área de Atenção ao Recém-nascido
Coordenação de Ações Nacionais e de Cooperação
IFF/Fiocruz

Organização

Marcio Fernandes Nehab

Elaboração

Antônio Flávio Vitarelli Meirelles
Célia Regina Moutinho de Miranda Chaves
Claudia Dayube Pereira
Cynthia Amaral Moura Sá Pacheco
José Augusto Alves de Britto
José Roberto de Moraes Ramos
Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes
Lilian Cagliari Linhares Barreto
Livia Almeida de Menezes
Marcio Fernandes Nehab
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Maria Elisabeth Lopes Moreira
Maria Martha Duque de Moura
Mariana Setúbal Nassar de Carvalho
Mirian Martins Gomes
Orli Carvalho da Silva Filho
Zina Maria Almeida de Azevedo

Design gráfico

Fernanda Canalonga

Rio de Janeiro, 2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS MANIFESTAÇÕES DA COVID-19 NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	7
1.1. INTRODUÇÃO.....	7
1.2. EFEITOS INDIRETOS DA COVID-19 NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	7
1.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19.....	8
1.4. EFEITOS DIRETOS DA COVID-19	10
1.5. PERFIL CLÍNICO DAS CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP)	12
1.6. SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA DA CRIANÇA (MIS-C).....	13
1.7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA: REPERCUSSÕES PRESENTES E FUTURAS	20
2.1. INTRODUÇÃO.....	20
2.2. PANDEMIA E SAÚDE MENTAL	20
2.3. PANDEMIA E TRANSTORNOS MENTAIS	21
2.4. SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA: REPERCUSSÕES PRESENTES E FUTURAS	22
2.5. COVID-19 E SAÚDE MENTAL: SUGESTÕES PARA FAMILIARES E DEMAIS PROFISSIONAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS	28
3.1. BREVE PANORAMA DA DESIGUALDADE NO BRASIL E O ACESSO À SAÚDE.....	28
3.2. ISOLAMENTO SOCIAL, RISCO E PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PANDEMIA.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ASPECTOS NUTRICIONAIS	34
REFERÊNCIAS.....	39
ATIVIDADE FÍSICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	42
REFERÊNCIAS.....	44
IMUNIZAÇÕES E QUEDA NA COBERTURA VACINAL COMO CONSEQUÊNCIA DA COVID-19	46
6.1 A IMPORTÂNCIA DAS IMUNIZAÇÕES.....	46
6.2 A PANDEMIA DA COVID-19	47
6.3 A QUEDA NA COBERTURA VACINAL.....	47
6.4 ESTRATÉGIAS PARA MANUTENÇÃO E AUMENTO NAS COBERTURAS VACINAIS	51

REFERÊNCIAS.....	52
ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTO E UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
ATENÇÃO NO PERÍODO NEONATAL	59
8.1 EPIDEMIOLOGIA	59
8.1.1 <i>TRANSMISSÃO PERINATAL.....</i>	59
8.2. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA MATERNIDADES	61
8.2.1 <i>RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO.....</i>	62
8.2.2 <i>ORIENTAÇÕES PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO.....</i>	64
8.2.3 <i>ORIENTAÇÕES PARA UNIDADE NEONATAL (UTIN, UCINCO E UCINCA)</i>	65
8.2.4 <i>PLANEJAMENTO DE ALTA DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO EM TEMPOS DE COVID-19</i>	66
REFERÊNCIAS.....	67

APRESENTAÇÃO

As consequências da pandemia de COVID-19 sobre a saúde de crianças e adolescentes no Brasil, assim como em outros países da América Latina, tem potencial muito mais negativo do que o que vem sendo relatado em países da Europa e América do Norte.

Alguns fatores devem ser considerados e enfrentados sob o risco de aumento na morbimortalidade, tais como: (a) a composição demográfica da população brasileira com alto número de crianças e adolescentes; (b) contingente de crianças com condições crônicas com controle insuficiente; (c) desafios no acesso e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde; (d) desafios no acesso e qualidade do cuidado pediátrico de maior complexidade, particularmente em tempos de grande pressão no sistema hospitalar, levando, inclusive, à desativação de leitos pediátricos e, (e) o aumento da vulnerabilidade social.

Diante desse cenário, o fortalecimento da capacidade de atenção à saúde da criança e adolescente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser prioridade em todo o país. Esse esforço deve estar articulado a outras políticas de proteção social e alguns pontos merecem destaque:

1. Divulgação e análise dos dados sobre síndromes gripais em crianças e adolescentes;
2. Análise de cenários considerando as realidades locais nas regiões e estados brasileiros (composição demográfica, cobertura da Atenção Primária e capacidade instalada de Urgência e Emergência e atenção hospitalar pediátrica, com ênfase em leitos intensivos);
3. Disponibilização de Diretrizes Clínicas e Notas Técnicas Nacionais sobre o Manejo Clínico dos quadros agudos e tardios, com ênfase nos sinais de alerta para quadros graves e definição de estrutura necessária em cada ponto de atenção;
4. Ampla disseminação de conhecimento sobre o manejo clínico da COVID-19 e suas complicações em crianças e adolescentes;
5. Estratégias de atuação oportuna e resolutiva da Atenção Primária em Saúde visando:
 - a. Alcance da cobertura vacinal;
 - b. Alcance da cobertura do Teste do Pezinho;
 - c. Condução inicial e acompanhamento dos casos leves e identificação de sinais de alerta;
 - d. Mapeamento de crianças em situações de maior vulnerabilidade;
 - e. Promoção de saúde com ênfase em minimizar o impacto indireto da pandemia no crescimento e desenvolvimento e na saúde mental de crianças e adolescentes;

6. Estratégias de qualificação profissional para a assistência de urgência e hospitalar a crianças com síndromes respiratórias graves (quadros agudos) e síndromes inflamatórias multissistêmicas, incluindo cursos de suporte pediátrico avançado de vida;
7. Articulação e atuação conjunta com as políticas de Educação, Assistência Social, Cultura e Esportes.

Esse documento inclui os aspectos clínicos e epidemiológicos da COVID-19 na infância e adolescência, suas repercussões presentes e futuras na saúde mental; as desigualdades sociais e o papel das políticas públicas nesse contexto; os aspectos nutricionais e a atividade física em tempos de COVID-19; os desafios para a cobertura vacinal e para o atendimento ambulatorial e a atenção no período neonatal. Elaborado por especialistas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), tem como objetivo contribuir para a capacidade de análise, planejamento e tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde na proteção e cuidado à saúde de crianças e adolescentes no Brasil.

Maria Auxiliadora de S. M. Gomes
Coordenação de Ações Nacionais e de Cooperação (IFF/Fiocruz)

É possível encontrar no [Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente](#)¹ ampla gama de conteúdo multimídia sobre os temas aqui abordados, de livre acesso, voltado para a melhoria das práticas clínicas e dedicado a gestores e profissionais de todos os âmbitos do SUS.

Citação sugerida para o presente documento:

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. Ago., 2020. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>>.

¹ Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>

CAPÍTULO I

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS MANIFESTAÇÕES DA COVID-19 NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1.1. Introdução

Em dezembro de 2019 surgiu na China um novo coronavírus denominado “severe acute respiratory syndrome coronavirus-2” (SARS-CoV-2). A doença associada ao SARS-CoV-2 – denominada “coronavirus disease 2019” (COVID-19) – tornou-se o mais grave problema de saúde pública desta geração, tendo sido declarada uma pandemia em 11 de março de 2020.

Neste momento, diversas medidas de isolamento social foram instituídas. O fechamento das escolas, universidades, clubes, praças, parques e locais de atividade física enclausurou adultos e crianças. Mesmo mantidos os serviços essenciais, as crianças e os adolescentes foram afastados do convívio social e forçados ao isolamento. Tais medidas se deram, em grande parte, devido a experiências anteriores aos surtos do vírus da Influenza, e se fazem necessárias para a diminuição da transmissibilidade – visto que o papel da criança e do adolescente ainda é pouco conhecido. Assim, os casos relatados em pediatria são derivados em sua grande maioria dos contatos com adultos infectados.

1.2. Efeitos indiretos da COVID-19 na saúde da criança e do adolescente

“Os efeitos indiretos da COVID-19 na criança e no adolescente podem ser maiores que o número de mortes causadas pelo vírus de forma direta.” Tedros Adhanom Ghebreyesus —Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O impacto da pandemia na infância tem efeitos diretos e indiretos. Os efeitos diretos dizem respeito às manifestações clínicas da COVID-19. Os efeitos indiretos são descritos a seguir:

- Prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, visto que creches, colégios, escolas técnicas e de idiomas, faculdades e universidades tiveram que ser fechadas.
- O afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos e com toda rede de apoio agravando vulnerabilidades.
- O estresse (e sua toxicidade associada) afeta enormemente a saúde mental de crianças e adolescentes, gerando um claro aumento de sintomas de depressão e ansiedade.
- Aumento da violência contra a criança, o adolescente e a mulher, e a conseqüente diminuição da procura pelo atendimento aos serviços de proteção.

- Quedas nas coberturas vacinais em todo o mundo, levando a efeitos devastadores em conquistas de anos de investimento e planejamento na erradicação e diminuição de doenças imunopreveníveis.
- Queda na cobertura de programas de triagens universais, como o Teste do Pezinho
- Aumento da epidemia de sedentarismo e obesidade.
- Exagero no uso de mídias/telas, como televisão, computadores, tablets e smartphones.
- Crianças e adolescentes sofrem as consequências do enorme impacto socioeconômico nas famílias, com aumento do desemprego e impossibilidade de trabalho para serviços não essenciais.
- Aumento da fome e do risco alimentar em parte pelo fechamento das escolas e das creches além de perdas nas receitas familiares.
- Impedimento da circulação da população e dos meios de transporte para serviços não essenciais, aliados ao medo da COVID-19 e a reconfiguração dos sistemas de saúde geraram uma redução no acesso aos serviços tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, incluindo a redução de cirurgias eletivas e até mesmo tratamentos oncológicos e de cuidados de emergências em saúde.

1.3. Aspectos epidemiológicos da COVID-19

É fundamental atentarmos para que as informações sobre o vírus e suas manifestações clínico-epidemiológicas estão em constante evolução e aqui reunimos a produção científica disponível até a presente data com maior relevância para formulação desse documento.

Segundo a OMS, o Brasil e os Estados Unidos continuam sendo os países mais afetados no continente americano respondendo coletivamente por 75% dos casos cumulativos e 59% das mortes nessa região nos últimos sete dias — ou 41% dos casos e 36% das mortes em todo o mundo até o momento.

Em nosso país, não há dados disponíveis sobre o número de casos novos na faixa etária pediátrica. Estudos chineses, italianos, ingleses, espanhóis, franceses e norte-americanos estimam que o número de casos na faixa pediátrica seja de 1% a 5% do total dos casos confirmados.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe) é o sistema oficial de notificação/Investigação de casos hospitalizados e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave² (SRAG) no país e o principal indicador utilizado para dimensionamento dos efeitos da pandemia.

² Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

O boletim epidemiológico 23 assinala que na faixa etária de 0 a 19 anos foram notificados 33.886 casos de SRAG hospitalizados até a semana epidemiológica (SE) 29— correspondendo a 8% dos casos de SRAG hospitalizados no país. Dentre os quais, 4670 casos foram confirmados por COVID-19 (14%), 55% foram do tipo não especificado e 23% ainda permanecem em investigação etiológica.

Até a SE³ 29, 1747 óbitos na faixa de 0 a 19 anos foram notificados por SRAG hospitalizado — correspondendo a 1,5% dos óbitos por SRAG no país. Dentre os quais 541 (31%) confirmados por COVID-19, 57% do tipo não especificado e 112 (6,4%) permanecem em investigação etiológica. Não há dados disponíveis ainda quanto às características clínicas e epidemiológicas específicas dos casos e óbitos por SRAG dessa faixa etária. Mas ainda assim alertamos para a faixa etária de até um ano de idade: trata-se da faixa etária por número de anos com maior número de casos (1274) e óbitos (167) por SRAG confirmado por COVID-19 até o momento. Vale ressaltar também que os impactos da COVID-19 não afetam as pessoas em seus espaços urbanos de forma uniforme e cada vez mais a literatura aponta para que aquelas que estão integradas de forma precária à economia urbana são as que mais sofrem esses efeitos.

Crianças e adolescentes de qualquer faixa etária são susceptíveis à infecção pelo SARS-CoV-2. Dong et al (2020) e Wang et al (2020) relataram uma mediana de 7 anos na população estudada com uma distribuição bem uniforme entre as faixas etárias. Já os dados americanos (CDC, 2020), descreveram uma mediana mais elevada, em torno de 11 anos, com a maior parte dos casos entre 10 e 17 anos (59%). Hoang et al (2020) encontraram na revisão sistemática da literatura a mediana de 8, 9 anos de idade. Além de uma ligeira predominância do sexo masculino (55%) e o histórico de contactante intradomiciliar sintomático em 75% dos casos.

A experiência de uma equipe de São Paulo relatada em julho de 2020, com 66 pacientes diagnosticados com COVID-19 por RT-PCR, revelou dados semelhantes aos descritos: mediana de idade em torno de 7 anos, predominância do sexo masculino e 41% deles com histórico de contato com sintomáticos respiratórios.

Dados do CDC EUA apontam para o fato de que a hospitalização por COVID-19 parece ser incomum (entre 2,5% e 4,1%) e ainda mais rara é a necessidade de tratamento em terapia intensiva (< 1%). China, Itália, França e Espanha tiveram taxas semelhantes. As crianças com menos de 1 ano de idade e aquelas que possuem condições crônicas de saúde concomitantes foram aquelas mais susceptíveis a necessidade de internação hospitalar.

Hoang et al (2020) encontraram na revisão sistemática da literatura (com 7768 pacientes) 3,3% de internação em terapia intensiva, com tempo médio de internação hospitalar de 11,6 dias e 35% de condições

³ Semana Epidemiológica 29 (12 a 18/07/2020).

crônicas associadas, dentre as quais destacam-se imunossupressão, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares e outras malformações congênitas complexas. O estudo apontou ainda o relato de coinfeção em 6% dos casos sendo o *Mycoplasma pneumoniae*, o vírus Influenza e o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) os mais comuns.

Na recente publicação brasileira (VIEIRA, 2020), houve o relato discrepante de 56% de internação hospitalar e 19% de necessidade em terapia intensiva, possivelmente por se tratar de um hospital de referência para a alta complexidade clínica e com alta prevalência de pacientes com comorbidades associadas (75%). As condições crônicas de saúde mais comumente descritas por eles foram a diabetes mellitus tipo 1, anemia falciforme, malformação do trato urinário, doença renal crônica, asma, síndrome de Down entre outras.

1.4. Efeitos diretos da COVID-19

As manifestações clínicas da COVID-19 na faixa etária pediátrica podem envolver quaisquer aparelhos e sistemas. São relatados desde quadros assintomáticos até óbitos. Os sintomas respiratórios são os mais frequentemente relatados além dos gastrointestinais. Recentemente foram descritas as síndromes inflamatórias associadas à COVID-19.

Os sintomas clínicos mais comuns de acordo com a faixa etária são descritos a seguir:

Sintomas CDC (0-9 anos)

- Febre, tosse e respiração rápida – 63%
- Febre – 46%
- Tosse – 37%
- Cefaleia – 15%
- Diarreia – 14%
- Rinorreia – 13%
- Náusea e vômito – 10%
- Mialgia – 10%
- Respiração rápida – 7%
- Dor abdominal – 7%
- Perda do olfato ou do paladar – 1%

Sintomas CDC (10-19 anos)

- Tosse – 41%
- Cefaleia – 42%
- Febre – 35%
- Mialgia – 30%
- Respiração rápida – 16%
- Diarreia – 14%
- Náusea e vômito – 10%
- Perda do olfato ou do paladar – 10%
- Rinorreia – 8%
- Dor abdominal – 8%

Entre os sinais e sintomas respiratórios, os mais frequentes na pediatria são os do resfriado comum/infecção das vias aéreas superiores: coriza, obstrução nasal, prurido nasal, odinofagia, tosse, laringite e faringite com ou sem febre. A infecção também pode acometer o trato respiratório inferior, e nesse caso, com manifestações semelhantes aos quadros clássicos de pneumonia, laringotraqueobronquite,

bronquite e bronquiolite. Broncoespasmo, taquipneia, dispneia, hipoxemia, insuficiência respiratória e, em alguns casos, com injúria pulmonar aguda — síndrome da angústia respiratória aguda — com necessidade de ventilação mecânica (não invasiva ou invasiva) também foram divulgados.

Vale destacar que crianças e adolescentes com patologias pulmonares subjacentes (doença pulmonar crônica e/ou asma grave) podem ter apresentações mais severas assim como em outras doenças virais agudas — VSR, Adenovírus, Sarampo e Influenza.

De acordo com as definições do Ministério da Saúde, os casos suspeitos de COVID-19 são aqueles que preenchem os seguintes critérios:

- **Síndrome Gripal (SG):** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações: Em crianças, além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

- **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):** Indivíduo com **SG** que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações: Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;

O trato gastrointestinal pode ser acometido isoladamente ou não. Os sinais e sintomas como inapetência, vômitos, diarreia, dor abdominal, com ou sem desidratação — leve, moderada ou grave — já foram descritos.

Manifestações neurológicas e ou psiquiátricas diversas como meningoencefalites, encefalopatias, psicoses, encefalomielite disseminada aguda, mielites, acidentes vasculares cerebrais, síndrome de Guillain-Barré, plexopatias braquiais, neurites (anosmia e ageusia), retinites, entre outras, também já foram descritas na população infantil.

Diversas manifestações cutâneas foram relatadas na literatura, entre elas as chamadas acrosíndromes — acometimento de dedos e/ou extremidades — lesões exantemáticas, urticariformes, vesiculares, eczematosas, purpúricas, papulares e petequeais.

As chamadas síndromes inflamatórias associadas à COVID-19 foram recentemente descritas na literatura. De forma didática, podemos dividi-las em três grupos com características clínicas por vezes sobrepostas, de tal forma que, alguns autores acreditam se tratar de um espectro clínico diverso de uma mesma doença. A primeira é a síndrome febril aguda associada a alterações laboratoriais com marcadores

inflamatórios elevados — VHS, proteína C Reativa (PCR), Procalcitonina, BNP. A segunda forma é a doença de Kawasaki — clássica ou incompleta. E a terceira é a Síndrome Multissistêmica Inflamatória da Criança (MIS-C).

O acometimento cardiovascular em pediatria com quadros graves e choque cardiogênico geralmente está associado a MIS-C, que será descrita mais detalhadamente a seguir. Mesmo assim, em alguns relatos há a descrição que um sinal precoce desse evento seria a presença de taquicardia para idade — sem outra explicação aparente como a febre. A presença de miocardite com ou sem necrose miocárdica foi publicada em países europeus e nos Estados Unidos. As complicações descritas até hoje associadas ao sistema cardiovascular são as dilatações e os aneurismas de coronárias.

Descrita inicialmente no Japão, a doença de Kawasaki (DK) — a forma clássica e a incompleta— teve significativo aumento do número de casos durante a pandemia. Esse fato fez com que inicialmente a Inglaterra e posteriormente França, Itália, Espanha, Estados Unidos e Brasil também advertissem para o evento.

Para o diagnóstico da DK são necessários critérios diagnósticos já bem estabelecidos na literatura (MCCRINDLE et al., 2019). A presença de febre por mais de 5 dias E 4 dos sinais/sintomas — exantema, conjuntivite, alterações orais, edema de mãos ou pés, adenomegalia $\geq 1,5$ cm de diâmetro — autorizam o diagnóstico. Na doença de Kawasaki incompleto nem todos os critérios acima estão presentes, bastando 2 ou 3 deles.

Os quadros hematológicos relacionados à COVID-19 também são descritos na literatura. Eles podem variar desde anemia leve até a pancitopenia, com síndrome de ativação macrofágica ou hemofagocitose linfo-histiocitária. Na fase aguda da doença o achado mais comum é a leucopenia sobretudo de linfopenia. Diversos documentos têm mostrado alterações na coagulação e seus estados chamados de hipercoagulabilidade sendo a maioria em adultos. Os quadros descritos variam desde tromboembolismo até a amputações de membros e coagulação intravascular disseminada (CIVD). As alterações da coagulação em pediatria podem ocorrer em qualquer faixa etária e parecem mais frequentes em adolescentes obesos.

São considerados fatores de risco para evolução clínica desfavorável como consequência da infecção por COVID-19: crianças com condições crônicas e complexas, principalmente de origem neurológica, genética, metabólica ou cardiológica.

1.5. Perfil clínico das crianças admitidas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)

Nas crianças admitidas em UTIP, a infecção por COVID-19 pode se manifestar clinicamente como SRAG, não SRAG e MIS-C.

Os pacientes com SRAG que internam na UTIP são aqueles que precisam de oxigenioterapia e de suporte respiratório — terapia de alto fluxo, CPAP nasal, ventilação não invasiva ou não invasiva.

O grupo de estudo “*Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team*” (2020) analisou dados de 171 crianças diagnosticadas com COVID-19 no hospital pediátrico de Wuhan. A pneumonia esteve presente em 64,9% dos casos de COVID 19, enquanto a hipoxemia —referida como saturação menor que 92% —em apenas 2,3% dos casos.

Atualmente, diante de um espectro clínico tão amplo e heterogêneo, os pacientes internados com SRAG, torpor/coma, convulsão, desidratação, sintomas gastrointestinais, sinais de injúria miocárdica, disfunção de coagulação e choque séptico em UTIP devem ser rastreados para COVID-19 com RT-PCR e internados, idealmente, no leito de isolamento até que a infecção seja descartada.

1.6. Síndrome Inflamatória Multissistêmica da Criança (MIS-C)

A partir do surto de COVID-19 no Reino Unido surgiram relatos de resposta inflamatória sistêmica grave associada aos casos de COVID-19, atualmente denominados de Síndrome Inflamatória Multissistêmica da Criança (MIS-C). Estes pacientes evoluem com gravidade clínica e elevação de vários marcadores inflamatórios — PCR, pró-calcitonina, ferritina, D-Dímero, BNP, troponina, CK e CK-MB, dentre outros — e necessitam de suporte de terapia intensiva e acompanhamento multiprofissional com infectologista, cardiologista, neurologista, hematologista e reumatologista (*Royal College of Paediatrics and Child Health, 2020*).

As manifestações clínicas da MIS-C são semelhantes a outras entidades inflamatórias, tais como: doença de Kawasaki, choque tóxico por estafilococos e estreptococos, sepse bacteriana, síndrome hematofagocítica linfoproliferativa (HLH) secundária, síndrome de ativação macrofágica. Pode apresentar-se também como abdome agudo — simulando quadros de apendicite e peritonite — sempre associada a presença de marcadores inflamatórios elevados (*Royal College of Paediatrics and Child Health, 2020*).

Feldstein et al, relatam 186 pacientes com MIS-C, selecionados em 26 Estados dos EUA. A mediana de idade foi de 8,3 anos com predomínio do sexo masculino, 73% não apresentavam comorbidades, 70% tiveram RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 ou teste sorológico. A disfunção múltipla de órgãos se deu da seguinte forma: o sistema gastrointestinal foi acometido em 92% dos pacientes, o sistema cardiovascular em 80%, quadro hematológico em 76%, a presença de envolvimento mucocutâneo ocorreu em 74% e o sistema respiratório em 70%. A mediana de internação foi de 7 dias. 80% dos pacientes necessitaram de internação em UTIP, dos quais 20% precisaram de ventilação mecânica, 48% receberam drogas vasoativas e o óbito ocorreu em 2% dos casos.

Aneurismas de artéria coronariana (z scores ≥ 2.5) foram documentadas em 15 pacientes (8%) e doença de Kawasaki-like foram documentadas em 40%. 92% apresentaram pelo menos 4 biomarcadores inflamatórios aumentados. O uso de terapias imunomoduladoras foi comum: imunoglobulina venosa em 144 (77%), glicocorticoides em 91 (49%), inibidores de interleucina 6 (IL-6) ou inibidores do receptor de interleucina 1 (IL1-RA) em 20%.

O diagnóstico requer a identificação de infecção aguda por COVID 19 — com RT-PCR— ou diagnóstico sorológico. A MIS-C se configura atualmente como uma das raras situações clínicas em que a sorologia positiva para COVID-19 é valorizada no diagnóstico. Nas demais situações clínicas, o diagnóstico de Infecção é realizado por PCR-RT para COVID-19.

Para investigar a real incidência dessa Síndrome Inflamatória Multissistêmica da criança (MIS-C) e sua relação com a COVID-19, a OMS disponibilizou um registro mundial *online* para que pediatrias de todo mundo pudessem inserir os dados de casos suspeitos.

A definição de caso adotada pela OMS foi:

- Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos com febre por mais de 3 dias E ao menos 2 dos seguintes sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (orais, mãos ou pés).
 - Hipotensão ou choque.
 - Características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias — incluindo achados do ECO ou elevação de Troponina / proBNP
 - Evidência de coagulopatia (por TAP, PTT, d-dímero elevado)
 - Problemas gastrointestinais agudos (diarréia, vômito ou dor abdominal)
- E associado a:
 - Marcadores elevados de inflamação, como VHS, proteína C reativa ou pro-calcitonina.
 - E nenhuma outra causa microbiana óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.
 - E evidência de COVID-19 (RT-PCR, teste antigênico ou sorologia positiva) ou provável contato com pacientes com COVID-19 no último mês.

Até a semana epidemiológica 30, o Ministério da Saúde foi informado da ocorrência de MIS-C ou Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19, em 29 crianças e adolescentes, entre 1 e 16 anos, no Estado do Ceará; no Rio de Janeiro foram 22 casos acometendo crianças e adolescentes até 14 anos, sendo 03 óbitos; e no Piauí foram notificados 02 casos em crianças de 2 e 5 anos.

Frente à suspeição, o paciente deve ser tratado com infusão de imunoglobulina na dose de 2g/kg/dia associada à corticoterapia (até a data da publicação desse documento). Alguns trabalhos descreveram também o uso de outras drogas anti-inflamatórias como anti-TNF, IL1 RA e IL-6 (DAVIES P *et al*, 2020).

Os pacientes necessitam de acompanhamento com ecocardiograma para identificação precoce de lesão de coronárias, requerendo assim, terapia anticoagulante.

Destaque para alguns pontos importantes com relação a MIS-C:

- 1) É uma manifestação pediátrica incomum, embora descrita em diversos países;
- 2) Atualmente é uma das condições clínicas em que a sorologia para SARS-CoV-2 é valorizada para o diagnóstico;
- 3) Os marcadores inflamatórios devem ser sempre solicitados como PCR, d-dímero, troponina, ferritina;
- 4) O acometimento cardíaco é frequente. Complicações como aneurisma de coronária podem ocorrer, tal qual observado na DK logo recomenda-se rotineiramente a realização de ecocardiograma;
- 5) Os sintomas gastrointestinais são mais frequentes nessa forma de apresentação clínica que os tradicionais sintomas respiratórios da COVID-19;
- 6) Até o desenvolvimento de protocolos mais específicos, as drogas anti-inflamatórias, em especial o corticosteroide e a imunoglobulina, devem ser considerados;
- 7) Para o diagnóstico de MIS-C é necessário a exclusão de outras entidades diagnósticas que podem se manifestar de forma semelhante.

1.7. Considerações Finais

Em 2020, a COVID-19 passa a integrar o panorama da saúde infantil em todo o mundo, com sérios impactos diretos e indiretos para essa população. É evidente que não pretendemos com essa discussão desconsiderar a complexa situação da agenda de saúde pública infantil, na qual algumas doenças infecciosas, a desnutrição e os agravos à saúde perinatal, infelizmente, ainda ocupam espaço de destaque e concorrem com a forte presença das anomalias congênitas. Agrega-se ao cenário, o desafio da vulnerabilidade social: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, 23,4 milhões de crianças entre 0 e 14 anos de idade viviam na pobreza. As taxas de mortalidade infantil ainda são consideradas elevadas e acredita-se que somente em 2030 o Brasil alcançará o nível abaixo de 10 mortes para cada mil nascimentos, aceitável pela OMS.

O espectro da apresentação clínica na infância e adolescência é amplo e inclui uma miríade de sinais e sintomas com envolvimento de órgãos e sistemas variados, desde a forma assintomática até uma apresentação muito grave como a MIS-C que requer hospitalização e cuidados intensivos.

Desde os primeiros estudos publicados pelos chineses e posteriormente pelos europeus e norte-americanos, a literatura aponta de forma marcante e consistente que as crianças raramente experimentam a forma grave dessa doença, diferentemente dos adultos. As razões para essa conformação não estão

totalmente esclarecidas. Contudo, importa-nos dizer que ainda assim a faixa pediátrica se constitui como uma população suscetível à infecção viral aguda e tardia pelo SARS-Cov-2. E mais: carece de estudos robustos nos aspectos considerados centrais para a concepção global da pandemia como, por exemplo, a presença de marcadores clínicos e laboratoriais de apresentações graves; a eficácia de intervenções terapêuticas e o papel desempenhado pelas crianças na cadeia de transmissão do vírus.

Portanto, advogamos que a avaliação dos impactos da COVID-19 sobre a saúde das crianças e dos adolescentes brasileiros deva se dar com a perspectiva ampliada de saúde e não somente pela ausência dessa doença ou ainda de qualquer outra enfermidade. E que o curso da pandemia em nosso país pode ser responsável por elevado risco de morbimortalidade, bem diferente do que ocorreu com essa faixa etária em locais como a Europa e América do Norte. Reduzir esse risco é tarefa urgente de gestores e profissionais de saúde e requer medidas amplas de planejamento e organização dos serviços no sentido de garantir o fortalecimento da atenção à saúde da criança e do adolescente e de dirimir as desigualdades socioeconômicas que perpassam o campo da saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Definição de caso e notificação. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/definicao-de-caso-e-notificacao>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Boletim Epidemiológico especial, 22 Jul. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/22/Boletim-epidemiologico-COVID-23-final.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 29, 2020. Boletim Epidemiológico 31. 31 de julho de 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/06/Boletim-epidemiologico-SVS-31.pdf>
- CASTAGNOLI, R. et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in children and adolescents: a Systematic Review. *JAMA Pediatr*, Abr. 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765169>>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- CDC COVID-19 RESPONSE TEAM. Coronavirus Disease 2019 in Children – United States, February 12- April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. v. 69, n. 14, p. 422-426, Apr. 2020. Disponível em: <doi:10.15585/mmwr.mm6914e4>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. People with certain medical conditions. 30 Jul. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.

- CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC COVID-19 Response team. Morbidity and mortality Weekly Report (MMWR). v. 69, 6 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e4-H.pdf> 2020>. Acesso em: 03 ago. 2020.
- DAVIES, P. et al. Intensive care admissions of children with paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) in the UK: a multicentre observational study. *Lancet Child Adolesc Health*, v. 20, p. 30215-30217, 2020.
- DONG, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 among children in china. *Pediatrics*, v. 145, n. 6, Disponível em: <doi:10.1542/peds.2020-0702>. Acesso em: 4 ago. 2020.
- FELDSTEIN, L.R. et al. Multisystem inflammatory Syndrome in U.S. Children and adolescentes. *N Engl J Med*, n. 383, p. 334-346, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021680>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- FIOCRUZ. Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas favelas: análise da frequência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas. n.1, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. Impacto da COVID-19 na Saúde Infantil. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 24 Jul. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/impacto-da-covid-19-na-saude-infantil/>>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- GUAN, W.J. et al. Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020. Disponível em: <doi:10.1056/NEJMoa2002032>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- Health experts concerned about indirect effects of COVID-19 on women and youth. *UN News*, 12 Jun. 2020. Disponível em: <<https://news.un.org/en/story/2020/06/1066252>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- HENNON, T. et al. COVID-19 associated multisystem inflammatory Syndrome in children (MIS-C) guidelines: a western New York Approach. *Prog pediat Cardiol*, 23 Maio 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7244417/>>. Acesso em: 03 ago. 2020.
- HOANG, A. et al. COVID-19 in 7780 pediatric patients: a systematic review. *Eclinical Medicine*, v. 24, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30177-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30177-2/fulltext)>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuham, China [published correction appears in *Lancet*. 2020 Jan 30]. *Lancet*, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: <doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5>. Acesso em: 04 Ago. 2020.
- LU, J. et al. Sars-CoV-2 infection in children. *N Engl J Med*, v. 382, abr. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32187458/>>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- LU, X. et al. Sars-CoV-2 infection in children. *N. Engl. J. Med.* v. 382, n. 17, p. 1663-1665, 2020. Disponível em: <doi:10.1056/NEJMc2005073>. Acesso em: 04 ago. 2020.

- LYNN, R.M. et al. Delayed access to care and late presentations in children during the COVID-19 pandemic: a snapshot survey of 4075 paediatricians in the UK and Ireland. *Arch Dis Child Month*, v. 10, 2020. Disponível em: < <https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2020/06/24/archdischild-2020-319848.full.pdf>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- MCCRINDLE, B.W. et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki Disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*, v. 135, n. 17, p. 927-999, 2017.
- PALMEIRA, P. et al. Why is SARS-CoV-2 infection milder among children? *Clinics*, v. 75, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322020000100108&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- PRODOTTO DALL' ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS), ROMA. Task force Covid-19 del dipartimento malattie e Servizio di Informatica. *Epidemia COVID-19*, Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento Nazionale, 23 Mar. 2020.
- QUI, H. et al. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *The Lancet*, 25 Mar. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30198-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30198-5)>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- ROBERTON, T. et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*, v. 8, n. 7, p. 901-908, 2020. P. 901-908. Disponível em: < doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. 2020. Disponível em: < <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf>>. Acesso em: 03 Ago. 2020.
- SAFADI, M. A. P. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. *J Pediatr*, v. 96, n. 3, p. 265-268, 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manejo respiratório em crianças e adolescentes com COVID-19. [Nota de alerta]. 26 Jun. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22609c-NA_-_Manejo_respiratorio_em_crc_e_adl_com_COVID19_.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Síndrome inflamatória Multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Nota de alerta. 20 Maio 2020. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532d-NA_Sindr_Inflamat_Multissistemica_associada_COVID19.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- SOUZA, T.H. et al. Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic Review. *Pediatr Pulmonol*, v. 55, n. 8, p. 1892-1899, 2020. Disponível em: <doi:10.1002/ppul.24885>. Acesso em: 04 Ago. 2020.
- UNICEF. COVID-19 and Children. Aug. 2020. Disponível em: < <https://data.unicef.org/topic/covid-19-and-children/>>. Acesso em: 03 Ago. 2020.
- VIEIRA, R.S.R. et al. Clinical Characteristics in Children and Adolescents with SARS-CoV-2 Infection: Experience in a highly complex Public Hospital in the city of Sao Paulo. *MedRXiv*, Jul. 2020. Disponível em:

<<https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/07/19/2020.06.22.20136994.full.pdf>>.
Acesso em: 04 ago. 2020.

WANG, Y. et al. Children hospitalized with Severe COVID-19 in Wuhan. *Pediatr Infect Dis J.* v. 39, n. 7, p. 91 – 94, 2020. Disponível em: < [doi:10.1097/INF.0000000000002739](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002739)>. Acesso em: 04 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report, n. 196, Ago. 2020. Disponível em: < https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200803-covid-19-sitrep-196-cleared.pdf?sfvrsn=8a8a3ca4_4>. Acesso em: 3 Ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. *Scientific Brief.* 15 Maio 2020. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>>. Acesso em: 03 Ago. 2020.

WU, Q. et al. Co-infection and other clinical characteristics of COVID-19 in children. *Pediatrics*, 2020. Disponível em: < [doi: 10.1542/peds.2020-0961](https://doi.org/10.1542/peds.2020-0961)>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ZIMMERMANN, P.; CURTIS, N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: Na overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and prevention options in children. *Pediatr Infect Dis J.* v. 39, n. 5, p. 355-368, 2020. Disponível em: <[doi:10.1097/INF.0000000000002660](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002660)>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

CAPÍTULO II

SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA: REPERCUSSÕES PRESENTES E FUTURAS

2.1. Introdução

Em 18 de março de 2020, uma semana após declaração da condição pandêmica da COVID-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma nota técnica com considerações estimulando ações globais focadas no bem-estar psicossocial neste momento. Ainda que pontualmente, a OMS foi precisa ao alertar autoridades e profissionais da saúde sobre as consequências potenciais na saúde mental provocadas por essa emergência sanitária, convocando-os a se atentarem e se organizarem para o seu manejo (WHO, 2020). Passados cerca de cinco meses desse alerta, é notório como esse tema vem gradativamente ganhando destaque, muito pela influência das percepções dos profissionais direta e indiretamente envolvidos com a COVID-19.

O âmbito mental é uma das dimensões básicas da vida; sendo assim, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde mental fazem parte da prática de todo agente de saúde (ALMEIDA et al., 2019). Dada a complexidade envolvida na definição de saúde mental infantojuvenil, recorreremos a sua conceituação pela OMS, em livre tradução:

(...) a capacidade de se alcançar e se manter um bom funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos (...) Ela auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade [...] (WHO, 2005).

Ou seja, uma capacidade de adaptação aos desafios e também o desenvolvimento cognitivo, emocional e social satisfatório e adequado segundo a idade e os valores culturais vigentes e esperados. Sobre essa habilidade adaptativa falamos nesse texto.

2.2. Pandemia e Saúde Mental

Experiências internacionais alocam as pandemias ao lado das catástrofes naturais, guerras e acidentes como desastres, sendo estes explicados como eventos traumáticos em larga escala capazes de alterar os sujeitos individual e coletivamente, de forma micro e macrossocial (HOWEN; AMSEL; TYANO, 2019). Estima-se que cerca de um terço de uma população exposta a um desastre, como a COVID-19, pode apresentar manifestações psicopatológicas se nenhuma intervenção psicossocial for realizada (FIOCRUZ, 2020). Partindo da ideia de que poucos eventos moldaram nossas sociedades como os surtos epidêmicos e

que agora vivenciamos a primeira catástrofe infecciosa após a tragédia da Gripe Espanhola (HUREMOVIĆ, 2019), é mais fácil se explicar muitas das incertezas e receios dessa experiência que vivemos em tempo real.

A constatação dos inúmeros desafios psicossociais introduzidos e potencializados pela COVID-19 justifica a preocupação com uma fase da pandemia, caracterizado pelo predomínio de sofrimento psíquico e questões emocionais, com eventual repercussão física e imunológica (FEGERT et al, 2020). Destaca-se, contudo, que a maioria dessas manifestações tende a se atenuar ao longo do tempo, não demandando cuidados específicos, sendo compreendidas como “reações normais a uma situação anormal”. Ao mesmo tempo, em se tratando da magnitude da pandemia, é crítico que se reconheça o provável aumento na demanda de serviços especializados em atenção psicossocial (FIOCRUZ, 2020).

Em crianças e adolescentes, o conhecimento sobre o desenvolvimento esperado torna-se um grande aliado nessa avaliação, em que alguns desvios e regressões podem ocorrer como reações agudas às adversidades ambientais. A proposição de Bronfenbrenner (1996) do modelo bioecológico para o desenvolvimento ilustra como os diferentes ambientes e relações sociais no tempo e no espaço se inter-relacionam e são constituintes fundamentais na equação fatores de risco x fatores de proteção para o entendimento da influência dos estressores ambientais em nossa espécie. O estresse pode ser um desafio importante para o desenvolvimento - estresse positivo -, pode ser um estresse tolerável ou ainda aquele que ultrapassa nossa capacidade de lidar - estresse tóxico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Ninguém é forte o tempo todo e os momentos emocionais difíceis devem ser compreendidos e respeitados. Existe um processo de luto pela perda da liberdade, pela ausência da escola, dos amigos que é necessário ser vivido. Medos, preocupações, alterações de sono, apetite e no humor são esperados em algum momento durante esse período (FEGERT et al, 2020. FIOCRUZ, 2020a).

2.3. Pandemia e Transtornos Mentais

A etiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência se constituiu um objeto de estudo com algumas controvérsias. De forma simples, podemos assumir que o fenótipo ou as manifestações clínicas de uma síndrome psiquiátrica são o somatório das vulnerabilidades biológicas/genéticas com o impacto dos estressores ambientais. Por esse modelo, sugerimos que uma maior vulnerabilidade biológica depende menos dos fatores ambientais para que haja o surgimento de um transtorno mental; de igual modo, na presença de muitos estressores ambientais, uma menor vulnerabilidade genética é necessária (THAPAR et al, 2015).

Considerando o ambiente estressor da COVID-19, podemos reconhecer três grupos de fatores de risco: a infecção viral pelo Sars-Cov-2, tratamentos antivirais e os efeitos diretos e indiretos do confinamento social e da experiência coletiva da pandemia (VIGO et al, 2020). Os dois primeiros grupos possuem efeitos

discretos até o momento, composto por manifestações neuropsiquiátricas agudas e crônicas por ação direta do patógeno e pelas medidas intervencionistas durante o manejo clínico da doença.

Os efeitos do confinamento e do trauma coletivo, sejam pelo impacto globalmente observado e/ou pelas variadas formas possíveis de intervenção, são os maiores responsáveis pelas repercussões em saúde mental, estando sob responsabilidade de diferentes profissionais e por isso recebem maior destaque neste texto. A intensidade do distanciamento social, a qualidade das relações familiares e o tempo de duração deste isolamento são variáveis importantes na avaliação dos prejuízos emocionais dessa medida (BROOKS et al, 2020).

Até o momento, inquéritos populacionais vêm corroborando a importante premissa que embora menos susceptíveis às formas clínicas graves da COVID-19, crianças e adolescentes não são indiferentes ao seu impacto, quando considerada a dimensão mental (WANG et al, 2020). A partir de questionários online respondidos por pais numa amostra de 320 crianças e adolescentes (três a 18 anos), Jiao et al (2020), identificaram a presença dos seguintes sintomas e condições: dependência excessiva dos pais (36%), desatenção (32%), irritabilidade (31%), preocupação (29%), pedidos constantes de atualização (28%), medo de adoecimento de familiares (21%), problemas de sono (21%), hiporexia (18%), pesadelos (14%), desconforto e agitação (13%). Ainda que a triagem não tenha permitido uma formatação diagnóstica, os autores puderam avaliar uma maior gravidade nos sintomas de dependência, desatenção e irritabilidade.

Orgilés et al (2020) concluíram que 85,7% dos 1143 pais espanhóis e italianos relataram mudança no comportamento de seus filhos (três a 18anos) durante a quarentena; esse estudo, cujos dados foram obtidos virtualmente, apontou a dificuldade de concentração como o principal sintoma na amostra (76,6%). Tédio (52%), irritabilidade (39%), nervosismo (38%), sentimentos de solidão (31%) e preocupações (30,1%) vieram em seguida. Um dado relevante dessa publicação foi a correlação da magnitude dos sintomas nas crianças e adolescentes conforme a descrição de estressores nos pais, corroborando a associação entre os sintomas familiares e ambientais com os sintomas infantojuvenis (BRONFENBRENNER, 1996).

Um inquérito *online* conduzido por Xie et al. (2020) respondido por 2330 escolares chineses identificou a prevalência de sintomas depressivos em 22,6% e de sintomas ansiosos em 18,9% dessa amostra. Os autores argumentam que o aumento dessa prevalência está associado às privações sociais e pela redução de atividades ao ar livre, sugerindo que a pandemia influencia diretamente a saúde mental de crianças e adolescentes, como uma experiência traumática.

2.4. Saúde Mental durante a pandemia: repercussões presentes e futuras

As famílias precisaram se adaptar para restaurar alguma normalidade em casa neste difícil momento. Suspensão das atividades escolares, afazeres remotos do trabalho e da escola, perda do convívio com amigos,

familiares e instituições que compartilhavam o cuidado e organização social: as famílias estão privadas da sua habitual rede de apoio com a pandemia. A falta e/ou a mudança dessa rede resultam em restrição de interações para as crianças, intensificado o convívio no núcleo familiar. Muitos pais podem se sentir sobrecarregados com suas atividades domésticas, com o trabalho, bem como com as novas demandas das crianças. Por outro lado, esse maior convívio pode representar uma possibilidade para os pais estarem mais tempo com seus filhos, numa maior interação, o que pode permitir que se conheçam melhor e reforcem um vínculo fundamental para o desenvolvimento infantojuvenil (FIOCRUZ, 2020a).

Uma forma possível de prevenir repercussões negativas na saúde mental é através da intervenção sobre os estressores ambientais do contexto de cada jovem. Identificar as vulnerabilidades, os fatores de risco e os de proteção torna-se uma estratégia preciosa (THAPAR et al., 2015). A resiliência, capacidade de dar sentido e de transformar positivamente suas experiências de vida ainda que negativas, é singular e deve ser buscada (CYRULNIK, 2004). A promoção da saúde mental nesse grupo etário inclui cuidados com o sono, atividade física e adaptação ao estresse (WHO, 2005); tríade que, respeitando as normas de segurança, deve estar na agenda do cuidado dessa população.

Algumas situações e condições que identificadas demandam maior atenção:

- **Vulnerabilidades sociais:** contexto amplificado pela pandemia. Parte da população vive em “guerra sanitária”, privada de condições mínimas de higiene e segurança, impedindo um isolamento social adequado, o que é agravado pela falta do acesso digital em momento de isolamento social (FIOCRUZ, 2020).
- **Violência familiar:** condição prevalente associada a desfechos negativos à saúde física e mental das crianças e jovens. Gritos, xingamentos, insultos são manifestações de violência psicológica e assim como a negligência podem evoluir para violência física. O distanciamento social dificulta o suporte e controle social de situações de violência intrafamiliar. Durante a pandemia, as estratégias intersetoriais (serviço social, escola e atenção primária de saúde) para enfrentamento incluem a busca ativa de famílias reconhecidamente em risco de violência (MARQUES et al., 2020).
- **Uso abusivo de substâncias psicoativas:** o período de confinamento amplia o risco de consumo de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas e ilícitas; atenção é necessária com o público adolescente. Ainda, cabe observação do risco de normalização da prática do consumo de substâncias psicoativas pelas famílias para lidar com os sentimentos de medo e pânico (FIOCRUZ, 2020; FEGERT et al., 2020). A busca de formas positivas de enfrentamento é desejável.
- **Comorbidades físicas e mentais e problemas de desenvolvimento:** é fundamental um cuidado assistencial às crianças e adolescentes com condições crônicas e complexas e/ou portadoras de transtornos mentais; sendo dependentes de diferentes tecnologias, não podem ter sua assistência

interrompida, principalmente as que fazem uso regular de psicotrópicos. As equipes multidisciplinares devem tentar a melhor forma de estabelecer a manutenção e a prioridade na atenção desse grupo, como os atendimentos remotos, evitando cenários de agudização e internações. (FIOCRUZ, 2020; VIGO et al., 2020)

- **Cuidados hospitalares:** em caso de internação pediátrica durante a pandemia, as visitas de familiares e a presença de acompanhante estão restringidas. O forte e prolongado estresse pode aumentar o risco de desordens psiquiátricas. Estratégias como a construção de diários e a visita virtual garantindo a comunicação com pais e familiares podem ajudar (LIU et al, 2020).
- **Comportamento suicida:** a conjuntura da crise econômica e seu imediato impacto na dinâmica familiar, o isolamento social, a temática de morte e do adoecimento são elementos que podem se configurar como gatilhos no espectro suicida, principalmente nos jovens com transtornos mentais. Uma escuta ativa e um questionamento ético sobre ideação suicida e sobre autolesões devem ser feitos na presença de problemas emocionais (REGER; STANLEY; JOINER, 2020; VIGO et al., 2020).

2.5. COVID-19 e saúde mental: sugestões para familiares e demais profissionais

Reconhecer o inédito, o difícil momento por que passamos é fundamental. Nesse período de exceção e de isolamento, a comunicação, a escuta e o acolhimento das diferentes percepções podem contribuir para ajudar as crianças e adolescentes a compreenderem que há momentos difíceis que envolvem sofrimento; que não estão sozinhos e que os adultos estão tomando providências possíveis.

Toda criança tem sua própria maneira de expressar emoções. Elas geralmente seguem as pistas emocionais dos adultos importantes em suas vidas; portanto, o modo como estes respondem à crise faz diferença. É importante que os adultos procurem gerenciar suas próprias emoções. As cobranças não devem se sobrepôr à tolerância e à consciência de que não será possível cumprir perfeitamente todas as atividades (WANG et al., 2020).

Dosar quantidade e qualidade de informações é fundamental. Há risco de superexposição doméstica a notícias gerando pressão psicológica. A conectividade atual representa vantagens no compartilhamento de conhecimento e de estratégias. A inserção digital tem sido um importante recurso para encontros virtuais, contribuindo com a manutenção dos laços sociais e afetivos. Embora o tempo diante de telas precise ser observado, bem como a adequação e a qualidade do conteúdo, neste momento, há de se ter mais flexibilidade em seu uso (ORGILÉS et al, 2020; SBP, 2017).

A construção conjunta de acordos e de regras de convivência, claras e constantes, pode evitar conflitos decorrentes de medidas restritivas. A construção de rotinas familiares é um fator protetivo e

estratégia para enfrentar esse período. Planejar a semana, definir objetivos diários alcançáveis ajuda no senso de autocontrole. A rotina de alimentação e das tarefas domésticas podem incluir a participação das crianças, o que fortalece laços e o senso de responsabilidade. O tempo para o autocuidado, com exercícios físicos incluídos na rotina diária da criança e sua família, contribui nesse enfrentamento (WANG et al, 2020; FEGERT et al, 2020).

O retorno à vida escolar deverá ser gradual para permitir o aprendizado e construção conjunta de práticas de proteção e cuidados. Esse processo coletivo visa ampliar a sensação de segurança necessária para novas formas de viver em grupo. Enquanto a situação epidemiológica exigir, esse retorno escolar pode ser novamente interrompido ou estarão incluídas medidas como o uso máscaras, higiene frequente das mãos e o distanciamento físico. Para as crianças pequenas, essas estratégias são ainda mais difíceis de realizar e requer tempo e paciência. Estimular a imaginação, desenhar e se inspirar nos heróis permitem às crianças brincarem com a realidade e com isso transformá-la (WINNICOTT, 1975).

Sendo gradual, esse processo visa também um a melhor acolhimento de todos - crianças, pais e profissionais -, no sentido de se poder falar dos medos e das experiências durante o distanciamento, construindo sentido a tudo o que vivido. Crianças e jovens geralmente se sentem aliviados se conseguem expressar e comunicar seus sentimentos perturbadores em um ambiente de apoio e segurança. É essencial acolher e conversar sobre a pandemia, sobre sentimentos que persistem, como tristeza e o medo da morte. Alguns podem desenvolver estresse pós-traumático e necessitarão cuidados profissionais. (IASC, 2015; BROOKS et al, 2020).

O mais rico aprendizado que poderá ficar desse período é o cuidado mútuo entre as pessoas e destas com o ambiente em que vivem. Os conteúdos acadêmicos podem se transformar e devem ser repensados nesse momento. A pandemia gera uma urgência por aprender, identificar e desenvolver recursos para enfrentar uma nova situação de crise; um aprendizado fundamental para o desenvolvimento individual e coletivo do ser humano e uma estratégia essencial para garantia da saúde mental.

Referências

- ALMEIDA, S.A. et al. Saúde mental da criança e do adolescente. Barueri: Manole, 2019. 2010p. (Série Pediatria SOPERJ).
- BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- BROOKS, S.K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, v.395, n.10227, p.912-920, 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: 3 ago. 2020.

- CYRULNIK, B. A lagarta. In: _____. Os patinhos feios. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FEGERT, J.M.et al. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, v.14, n.20, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19:Crianças na Pandemia COVID-19. Fiocruz, 2020a Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.br/coronavírus/saude-%20mental-em-tempos-de-coronavirus/>>. Acesso em:03 Ago.2020
- FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19: Recomendações Gerais. Fiocruz, 2020a Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.br/coronavírus/saude-%20mental-em-tempos-de-coronavirus/>>. Acesso em:03 Ago.2020
- HOVEN, C.W.; AMSEL, L.V.; TYANO S. An international perspective on disasters and children’s mental health. Cham: Springer, 2019. 439p. (Series: Integrating Psychiatry and Primary Care). ISBN 978-3-030-15872-9.
- HUREMOVIĆ, D. Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak. *Gewerbestrasse: Springer Nature*, 2019. 185p.
- IASC - Inter-Agency Standing Committee. Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks: A Guide for Public Health Programme Planners. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners.pdf?ua=1>. Acesso em 03 Ago. 2020.
- IASC - Inter-Agency Standing Committee/Comitê Permanente Interagências (IASC) (2020). Guia Preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19 - Versão 1.5, de 17-3-2020 (Rede Internacional de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, Trad.; M. Gagliato, Trad. Téc.). Genebra: IASC. 2020.
- JIAO, W.Y. et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. v.221, p.264-266.e1, 2020. Disponível em: <<https://doi:10.1016/j.jpeds.2020.03.>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- LIU, J.J. et al. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. v.4, n.5, p.347-349, 2020. Disponível em: <[doi:10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi:10.1016/S2352-4642(20)30096-1)>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v.36, n.4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- ORGILÉS, M. et al. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *THE LANCET*, Abr. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3588552>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- REGER, M.A.; STANLEY, I.H.; JOINER, T.E. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, Abr. 2020. Disponível em: <doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>. Acesso em: 3 Ago. 2020.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância: Manual de Orientação, n. 3. [S.l.]: SBP, 2017. 24p.
- THAPAR, A. et al. [editors]. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6.ed. Oxford: Wiley & Sons, 2015.
- VIGO, D. et al. Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. The Canadian Journal of Psychiatry, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0706743720926676>>. Acesso em: 3 Ago., 2020.
- WANG, G. et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. The Lancet, v.395, n.10228, p.945-947, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30520-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30520-1)>. Acesso em: 03 Ago., 2020.
- WINNICOTT, D. W. O brincar & a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WHO - World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2. <Acesso em:03 agosto 2020>
- WHO - World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidences and practice. Genebra: WHO, 2005.
- XIE, X. et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. JAMA pediatrics, n. 201619, 24 Apr. 2020, Disponível em: <[doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1619](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619)>. Acesso em: 3 Ago., 2020.

CAPÍTULO III

DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1. Breve panorama da desigualdade no Brasil e o acesso à saúde

A saúde de uma população não pode ser de exclusiva responsabilidade do setor saúde, visto que dela dependem condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946) ela é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006).

Advogamos neste documento que a pandemia causada pelo coronavírus (COVID-19) não é um processo meramente biomédico, visto que as condições sociais, articuladas aos aspectos territoriais, são determinantes nas consequências causadas na população contaminada, sendo assimétricas nos efeitos e na capacidade de se proteção, de acordo com os grupos populacionais. As influências de classe social, renda, características étnico-raciais, de gênero e cultura fornecem uma chave para o entendimento do que está por trás da desigualdade na saúde (BARTLEY, 2017). Também não se trata de novidade na história mundial que epidemias ocorridas por infecções respiratórias, como gripe espanhola, H1N1 e SARS, evidenciaram que as desigualdades sociais são medulares para taxa de transmissão e severidade das doenças (MAMELUND, 2017).

Estudo recente na Inglaterra realizado com quase 17 mil pacientes internados com COVID-19 demonstrou que condições pré-existentes de saúde possuem associação significativa com o aumento da mortalidade hospitalar (DOCHERTY, 2020). No Brasil, 45% da população adulta referiu ter pelo menos uma DCNT, com fator de risco que aumenta o risco de complicações causadas pelo coronavírus – como diabetes, hipertensão, obesidade – segundo pesquisa realizada na UNIFESP com base de dados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE) de 2013 (REZENDE, 2020; STOPA, 2017). Os números se tornam ainda mais alarmantes na comparação do grau de escolaridade: enquanto entre as pessoas de nível superior essa proporção é de 46%, nos adultos de baixa escolaridade (apenas primeira etapa do ensino fundamental), cerca de 80% atenderá aos critérios de grupo de risco. Parte destas condições ocorrem por fatores ligados à estilo de vida e saúde – sedentarismo, alimentação, tabagismo, stress, ou seja, são socialmente determinadas.

Sendo o Brasil um país com marcas históricas de profunda desigualdade social e sendo o racismo elemento estrutural e estruturante das relações sociais, estas marcas se reatualizam com efeitos perversos neste período de pandemia, e é a população de pretos e pardos que sofrem as maiores consequências da pobreza e pouco acesso (ALMEIDA, 2018)

O indicador internacional de Coeficiente de Gini, que mede a concentração de renda em um país, coloca o Brasil no patamar de 10º país mais desigual do mundo com índices mais elevados que países

africanos como Angola (THE WORLD BANK, 2020). No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que mensura o grau de desenvolvimento humano dos países a partir de aspectos como educação, renda e saúde da Organização das Nações Unidas (ONU), a nota brasileira em 2018 foi 0,539 – com medidas de 0 a 1, sendo 1 o mais igualitário possível (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2019).

Mesmo a situação de extrema pobreza vem crescendo desde 2015, invertendo a curva descendente que vinha desde 2000 (atribuído principalmente à políticas públicas como o Bolsa Família), e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já soma 13,5 milhões de pessoas que sobrevivem com até 145 reais mensais (parâmetro utilizado pelo Banco Mundial), atingindo em especial estados do Norte e Nordeste. Mas não somente dados da pobreza no Brasil dão concretude à desigualdade social tão latente: o IBGE também aponta que 10% da população brasileira detém 40,5% dos rendimentos do país. Com base em informações do Imposto de Renda da Pessoa Física, a Receita Federal elaborou um relatório em 2014 afirmando que 0,1% mais rico da população brasileira afirmou ter R\$ 44,4 bilhões de rendimento bruto tributável. (IBGE, 2020).

Tomando por base o município do Rio de Janeiro, que figura entre as 10 capitais mais desiguais do mundo (CASA FLUMINENSE, 2020), estima-se que em média 22% dos seus habitantes moram em favelas, chegando em algumas regiões de planejamento urbano como Ramos, por exemplo, a um índice de 43,6% da população. Em relação ao quesito raça/cor (pretos e pardos autodeclarados), em nenhuma das regiões de planejamento o percentual de negros nas favelas era menor do que 50%. A renda média nos bairros formais é três vezes maior que dos moradores de favelas (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2013). Além dos desafios históricos relacionados a intermitência ou falta de água, moradias de baixa ventilação, iluminação e espaço e acesso aos serviços públicos, a situação desta parcela da população é agravada pelo contexto de violência estrutural.

Desde a declaração oficial de que estávamos sob a égide de uma pandemia, em março deste ano, medidas de isolamento social foram tomadas em todo mundo (ainda que em graus diferentes) como forma de conter o aumento exponencial de casos. Mas essa desigualdade que alicerça a sociedade brasileira se evidencia entre os que possuem recursos econômicos, sociais e de valores sanitários que possam possibilitar este tipo de proteção (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Sendo o espaço urbano desigual, nos territórios onde a pobreza urbana é mais acentuada as estratégias individuais de prevenção e orientações de controle como o distanciamento social são extremamente dificultadas, seja pela alta densidade demográfica, limitações de espaço e infraestrutura das moradias, deficiências no saneamento, arruamentos e autoconstruções e dificuldades no acesso aos serviços de saúde e demais equipamentos urbanos. Outro aspecto relevante diz respeito à mobilidade urbana, pois a distância entre moradia e trabalho e a dependência do sistema de

transporte coletivo precário geram situações de risco para aqueles que circulam nestes espaços (FIOCRUZ, 2020).

Sendo assim, é essencial que sejam garantidas condições básicas de higiene e infraestrutura pelo Estado, através da articulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social.

3.2. Isolamento social, risco e proteção às crianças e adolescentes na pandemia

Estima-se que até 85 milhões de crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos possam ter se somado às já vítimas de todos os tipos de violência física, sexual e psicológica nos primeiros meses de pandemia e as necessárias medidas de isolamento social, incluindo o fechamento de escolas, medida adotada em 177 países e que afetou 73% de toda a população estudantil mundial, fazendo com que a maior parte desta permaneça praticamente todo o período em confinamento familiar, como sinaliza um relatório da organização não governamental World Vision (WORLD VISION, 2020). O número alarmante representa um aumento na média anual das estatísticas oficiais que pode variar entre 20% a 32%. Quando estas crianças e adolescentes já sofrem violência intrafamiliar, as vulnerabilidades aumentam sobremaneira.

O vírus e sua propagação avançam e a casa torna-se refúgio de proteção. Mas infelizmente os lares não são lugares seguros para todos, visto que muitos membros vão precisar compartilhar este espaço, incluindo o autor das violências. No caso da violência sexual, por exemplo, é fato comprovado que a maior parte destes crimes são cometidos pelos próprios pais, avós e pessoas do ambiente familiar.

De acordo com dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), dos quase 160 mil registros feitos pelo Disque 100 no ano de 2019, 86,8 mil (55%) tratavam de violações contra crianças ou adolescentes. Isso representa um aumento de 14% em relação a 2018. Negligência (39%) e violências psicológica (23%), física (17%), patrimonial (8%), sexual (6%) e institucional (5%) somam, juntas, quase 100% do total das violações. Apesar do crescimento, a preocupação durante a pandemia deve ser com a subnotificação dos casos, uma vez que as crianças estão longe das escolas e de ambientes comunitários e grande parte das agressões é registrada em ambiente familiar (BRASIL, 2020).

Os temores sobre a pandemia, a sobrecarga de tarefas domésticas, a intensa convivência familiar, a ausência de emprego e renda e a sensação de impermanência diante da realidade que se impõe podem gerar ou agravar conflitos que já ocorriam em muitos lares, sendo crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiências os mais vulneráveis nessa correlação de forças. Escolas e centros comunitários não protegem mais com costumavam fazer nestas circunstâncias porque encontram-se fechados.

Os ambientes familiares caracterizados pela pobreza e o impacto socioeconômico da COVID-19 a longo prazo são circunstâncias que podem afetar a capacidade das famílias de fornecerem cuidados. Doenças infecciosas como a COVID-19 podem trazer perturbações ao ambiente onde as crianças crescem e se

desenvolvem, gerando impactos nocivos no seu bem-estar e ambiente de proteção gerados pelas alterações na rotina diária, no cotidiano das famílias e nas relações sociais e comunitárias. Ademais, medidas tomadas para controlar a disseminação do vírus podem acabar por expor ainda mais crianças aos riscos de proteção (END VIOLENCE AGAINST CHILDREN, 2020).

Outra dimensão importante diz respeito à intensificação da sociabilidade digital durante a pandemia, que num curto espaço de tempo se tornou para uma parcela da população o meio disponível para interações sociais, incluindo atividades remotas de trabalho e educação (aulas online), marcando aí também a diferenciação do acesso relacionado às condições de vida. Fato é que as redes sociais digitais geram ambientes mais propensos às violências vividas em ambiência digital por crianças e adolescentes (PARENTING LIFELONG HEALTH, 2020).

No âmbito da infância e adolescência, importa salientar que no artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 2020) e artigo 4 do Estatuto da Criança e do Adolescente crianças e adolescentes (BRASIL, 1990) asseguram primazia na destinação de recursos e na execução de políticas sociais públicas e na efetivação de direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, entre outros, sendo dever da família, do Estado e da sociedade a garantia dessa proteção.

Neste sentido, devem ser priorizados esforços para aumentar a capacidade dos sistemas de cuidados familiares e de proteção social de forma preventiva para reforçar a resiliência dessas famílias. Os governos e a sociedade civil devem planejar um forte para priorizar a permanência das crianças e adolescentes em seus ambientes familiares de forma segura.

Referências

ALMEIDA, Silvio Luiz de. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte, MG: Letramento, 2018.

BARTLEY, M. Health inequality: na introduction to concepts, theories and methods. 2. Ed. Cambridge, UK; MALDEN, MA, USA: Polity press, 2017.

BRASIL. Constituição Federal. Art. 227. Senado Federal, 2020. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_227_.asp#:~:text=227%20C3%89%20dever%20da%20fam%C3%ADlia,al%C3%A9m%20de%20coloc%C3%A1%20los%20a>. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da família e dos direitos humanos. Indicadores. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://ouvidoria.mdh.gov.br/portal/indicadores>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=Art.%204%C2%BA%20C3%89%20dever%20da,e%20C3%A0%20conviv%C3%Aancia%20familiar%20e>. Acesso em: 08 ago. 2020.

- CASA FLUMINENSE. Mapa da desigualdade. 2020. Disponível em: <<https://casafluminense.org.br/mapa-da-desigualdade/>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- DESLANDES, S.; COUTINHO, T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 25, suppl. 1, p. 2479-2486, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702479&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- DOCHERTY, A.B. et al Features of 16.749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical characterisation Protocol. *medRxiv*, 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.23.20076042v1>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- END VIOLENCE AGAINST CHILDREN. Protecting children during the COVID-19 outbreak: resources to reduce violence and abuse. 2020. Disponível em: <<https://www.end-violence.org>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- FIOCRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Informe ENSP. [2020]. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalsensp/informe/site/arquivos/anexos/36c528bb42327a6fd1e4f53f98aa716524db35e9.PDF>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- IBGE. Condições de vida , desigualdade e pobreza. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza.html>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Favelas x Não Favelas. Cadernos do Rio, 2013. Disponível em: <<http://rio.rj.gov.br/web/ipp>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- MAMELUND, S.E. Social inequality a forgotten factor in pandemic influenza preparedness. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0273>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Apesar de queda na renda, IDH municipal teve alta no Brasil em 2016-2017. 17 abr. 2019. Disponível em: <<http://www.nacoesunidas.org/boletim274>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos Básicos, 45 ed. Out. 2006. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- PARENTING FOR LIFELONG HEALTH. COVID-19: 24/4 Parenting. 2020. Disponível em: <<https://www.covid19parenting.com/>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- REZENDE, L.F.M. et al. Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil. *Rev. Saúde P*, v. 54, n. 50, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/50/en>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- STOPA, S.R.; et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2017.v51suppl1/3s/pt>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- THE WORLD BANK. GINI index (World Bank Estimate). 2020. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2018&start=1967&view=map>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

WORLD VISION. COVID-19 Aftershocks: Secondary Impacts threaten more children's lives than disease itself. World Vision, [2020]. Disponível em: <https://www.wvi.org/sites/default/files/2020-04/World_Vision_COVID_secondary_health_impact_FINAL.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS NUTRICIONAIS

A pandemia de COVID - 19 apresenta efeitos colaterais que se estendem além daqueles da infecção viral direta (Ahmed et al, 2020). Embora a COVID não aparente ter efeitos severos diretos na população infantil, os efeitos indiretos da pandemia são relevantes. Dentre estes podemos citar agravos referentes ao estado nutricional (ZAR et al, 2020).

Os bloqueios globais relacionados à COVID-19 obstruíram todos os estágios da cadeia de suprimento de alimentos incluindo processamento e produção, transporte e distribuição e consumo, forçando milhares de famílias a acessar alternativas pobres em nutrientes. Como resultado da escassez de alimentos, aumento dos preços dos alimentos e / ou perda de renda devido ao aumento das taxas de desemprego, alertas globais de insegurança alimentar foram emitidos. Entre crianças e adolescentes, a exposição à insegurança alimentar está associada a inadequações alimentares, comprometimento do crescimento e desenvolvimento, baixa escolaridade, déficits cognitivos, problemas crônicos de saúde física e mental e morte (PASLAKIS et al, 2020; FORE et al, 2020).

Por outro lado, práticas restritivas de alimentação infantil estão constantemente ligadas ao risco de obesidade pediátrica, contribuindo assim para a epidemia da obesidade infantil. (PASLAKIS et al, 2020). Acredita-se que esses efeitos nutricionais projetados da pandemia global podem estar subestimados, pois não levam em conta o efeito potencial na nutrição materna, deficiências de micronutrientes e crescimento intrauterino, bem como impactos em programas de saúde materna e infantil que podem impactar crescimento linear e baixa estatura na infância (AKSEER et al, 2020).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é compreendida como o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BICALHO; LIMA, 2020).

No Brasil o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é considerado a política pública mais abrangente e exitosa em vigor. Criada entre as décadas de 40 e 50, oferece refeições a mais de 40 milhões de estudantes brasileiros (REIS et al, 2020; SIONI et al, 2020). A alimentação escolar brasileira cumpre um papel de proteção social, ao proporcionar, não apenas a eliminação da fome, mas também contribui no crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, na aprendizagem, no rendimento escolar, bem como na formação de práticas alimentares saudáveis, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e

da oferta de refeições que cubram as necessidades nutricionais dos estudantes durante o período em que permanecem no ambiente escolar (BICALHO; LIMA, 2020).

Durante a pandemia as regras de distanciamento social impuseram a necessidade de fechamento de diversos serviços dentre eles as escolas. Este fechamento trouxe impacto negativo não só no direito a educação como em outros direitos humanos como o direito à alimentação de qualidade promovida pelos programas de alimentação escolar (WFP; FAO; UNICEFF, 2020).

O fechamento das escolas suspendeu esse benefício para essa enorme parcela da população. Embora tenham sido criados artifícios para o fornecimento de alimentos durante esse período (Lei 13.987/2020, que altera a lei 11.947/2009), não se espera que estes alimentos sejam designados apenas aos estudantes em detrimento do resto da família. Assim, é fundamental que essa ação do PNAE esteja aliada a outras ações do governo que repercutam no cuidado às outras pessoas da família, sob o risco da abrangência do PNAE ser dissipada no contexto da pandemia (REIS, et al, 2020; SIPIONI et al, 2020; BICALHO; LIMA, 2020).

Um adequado estado nutricional está diretamente relacionado a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, melhor resposta imunológica, redução da morbidade, sendo crucial na recuperação no caso de ocorrência de infecções. A falta de acesso a alimentação traz como consequência o cenário inverso deixando essas crianças e adolescentes mais vulneráveis a agentes infecciosos trazendo impactos significativos no crescimento, desenvolvimento e aumento da morbidade (REIS et al, 2020; SIPIONI et al, 2020; DUNN et al, 2020).

É difícil prever duração da pandemia e das restrições ao acesso a serviços. Dessa forma esforços devem ser reunidos a fim de mitigar seus efeitos e garantir o atendimento às necessidades nutricionais de crianças e adolescentes. A disponibilidade, acesso e qualidade de alimentos é problema que requer atenção urgente. A garantia da segurança alimentar e nutricional deve abranger a avaliação da situação de desnutrição, hábitos alimentares e vulnerabilidade socioeconômica (KARA et al, 2020). O documento elaborado pela WFP/FAO/UNICEFF para reduzir os efeitos da pandemia na alimentação e nutrição de crianças em idade escolar sugere como meta para o programa de alimentação escolar a oferta de 30% das necessidades energéticas e proteicas e, se possível, 50% dos micronutrientes chave (ferro, iodo, vitamina A, zinco e ácido fólico). Como estratégias são citados a utilização de alimentos fortificados assim como regularidade no fornecimento de frutas e vegetais e até mesmo a suplementação (WFP/FAO/UNICEFF, 2020). É destacada a suplementação bianual de vitamina A para crianças com idade entre 6 a 59 meses (90% de cobertura) e campanhas de incentivo em massa para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno voltado para cuidadores ou famílias de crianças 0-23 meses (FORE et al, 2020). Deve-se atentar também para a deficiência de vitamina D. Vários trabalhos relatam altas prevalências mundiais dessa carência. Embora esse efeito seja atenuado em países tropicais, o confinamento reduziu a exposição solar, a principal fonte da

vitamina. Este fato associado ao sinergismo entre a deficiência de vitamina D e a severidade de doenças respiratórias e quadros inflamatórios, impõe atenção especial na prevenção e tratamento de casos carenciais durante a pandemia. São consideradas estratégias a fortificação de alimentos e a suplementação (KARA et al, 2020).

Recentemente a UNICEF publicou cinco ações urgentes para proteger o direito das crianças a nutrição na pandemia de COVID-19 (FORE et al, 2020).

- Proteger e promover o acesso a refeições nutritivas, seguras e acessíveis;
- Investir na melhoria da nutrição materna e infantil durante gravidez, infância e primeira infância;
- Reativar e ampliar os serviços para a detecção precoce e tratamento de desnutrição de crianças;
- Manter o fornecimento de refeições escolares nutritivas e seguras para crianças vulneráveis;
- Expandir a proteção social para garantir o acesso a alimentos nutritivos e serviços essenciais.

Cabe ressaltar que, a nutrição adequada é considerada um fator potencial para a saúde nos estágios iniciais da vida e da adolescência (GLABSKA et al, 2020). Nesta fase, é essencial adquirir bom hábito alimentar que pode influenciar concomitantemente o estado atual de saúde e a predisposição para doenças, por exemplo, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, etc., na idade adulta (WHO,2020).

O isolamento em casa e o distanciamento social criam um ambiente desfavorável para a manutenção de comportamentos alimentares saudáveis e de outros estilos de vida, (AHMED, et al, 2020). As crianças e adolescentes que lutam ou não contra a obesidade são mais susceptíveis a esses eventos (RUIZ-ROSO et al, 2020). Além disso, o confinamento pode agravar questões emocionais. O estresse psicossocial pode estar relacionado ao desenvolvimento da obesidade por vias biológicas, comportamentais e psicológicas (HARDING et al, 2014; LAUGERO et al, 2012).

As respostas biológicas ao estresse incluem:

1) A ativação de vias neuroendócrinas e inflamatórias que aumentam diretamente o acúmulo de gordura, promovendo adiposidade visceral (WARDLE et al, 2011) e liberação de hormônios que aumentam o apetite, a motivação para comer e a diminuição da sensibilidade do cérebro a leptina (SCHULTE et al, 2015) levando a um balanço energético positivo.

2) A ativação do sistema de recompensa cerebral (núcleo accumbens e estriado dorsal) (ADAM; EPEL, 2007).

Neste caso os indivíduos podem preferir alimentos mais saborosos, mais ricos em açúcares, sódio e gorduras, contribuindo para maior consumo de energia e menor qualidade da dieta (ISASI et al, 2015; TORRES, NOWSON, 2007).

Um experimento da Universidade Yale, nos Estados Unidos, demonstrou que, sob ameaça (estresse), até gafanhotos, que em geral se alimentam de proteínas vegetais como gramíneas, passam a comer mais

plantas açucaradas. Tanto para os insetos como para nós, seres humanos, açúcar significa combustível rápido para alimentar o corpo e estar preparado para situações de briga, fuga ou risco. Transpondo para nossa realidade, fica mais fácil entender por que muitas pessoas preferem pizza, batata frita e chocolate na quarentena. Preocupado ou assustado, o indivíduo procura açúcar, carboidrato e gordura para suprir a energia. Daí esses alimentos funcionarem também como uma espécie de tranquilizante natural (MA, et al, 2017).

Deve-se ressaltar que conforme reconhecido pela The Food and Agriculture Organization (FAO), a pandemia de COVID-19 causou interrupções nas cadeias alimentares em todo o mundo, afetando a oferta e a demanda (FAO, 2020). Além disso, devido ao estabelecimento do isolamento social há uma tendência aumentada para armazenamento e uso de alimentos enlatados e ultraprocessados, devido à sua segurança no armazenamento e preparação. Estes alimentos geralmente contêm alto teor de açúcar, sódio, gordura e de calorias que levam a alterações no sistema de recompensa cerebral, com comportamentos semelhantes ao da compulsão alimentar (SCHULTE et al, 2015). Este excesso de calorias pode levar a uma alteração na resposta à insulina e armazenamento em tecido adiposo (HALL, 2017).

Estudo longitudinal realizado na Itália sobre o comportamento alimentar de crianças e adolescentes com obesidade demonstrou que os comportamentos alimentares, de atividade e de sono mudaram desfavoravelmente três semanas após o confinamento nacional. Os autores observaram que o número de refeições consumidas por dia aumentou, não houve mudanças no consumo de vegetais e aumentou o consumo de frutas, de batatas fritas, carne vermelha e bebidas açucaradas. O tempo de sono e de atividades sedentárias aumentou e o tempo esportivo diminuiu. Estes dados demonstram que a pandemia da COVID-19 “pode exacerbar todos os fatores de risco para ganho de peso” (DI RENZO et al, 2020).

Com relação às vias comportamentais, o estresse pode interromper e levar a períodos mais curtos de sono acompanhados com maiores chances de ganho de peso. Isso ocorre porque o nosso ritmo circadiano controla várias funções biológicas, incluindo as necessidades alimentares. Situações que promovam uma desregulação deste relógio biológico, podem levar a distúrbios metabólicos. (CAGAMPANG; BRUCE, 2012)

A adoção de horários de refeições pouco habituais poderá provocar distúrbios na liberação da leptina (hormônio associada com uma maior saciedade) e no metabolismo da glicose, assim como diminuir a sensibilidade à insulina (HUTCHISON; HEILBRONN, 2016). Além disso, existe evidência de que o metabolismo energético é menos eficiente durante a noite, uma vez que a termogênese induzida pela alimentação (energia utilizada quando digerimos os alimentos) durante a manhã é significativamente superior à energia utilizada durante a noite (BO, 2015). Tendo isto em consideração, um consumo alimentar distribuído ao longo do dia, evitando um consumo elevado ao final do dia, será uma estratégia para o controle de um peso saudável.

A obesidade em pacientes com infecção por COVID-19 piora o prognóstico (AHMED et al, 2020) possivelmente, por ela comprometer o sistema imunológico por vários mecanismos. Alguns deles são aumento da produção de citocinas, função alterada de monócitos e linfócitos, disfunção natural das células killer, redução de macrófagos e dendríticos função celular e diminuição da resposta à estimulação antígeno / mitogênio (MILNER; BECK, 2012). Esse nível baixo de imunidade compromete a defesa contra a COVID-19 que em muitos casos tendem a ter linfopenia, especialmente de células T, leucocitose e aumento da razão neutrófilos-linfócitos (RNL), porcentagens mais baixas de monócitos, eosinófilos e basófilos. Além da superprodução em casos graves das citocinas pró-inflamatórias, (IL-2R, IL-6, IL-10 e TNF-a) responsável pela a tempestade de citocinas, com risco de hiperpermeabilidade vascular e falência de múltiplos órgãos COVID-19 (JOSE; MANUEL, 2020). Depois de tudo isso, podemos dizer que é melhor evitar a obesidade especialmente nesta era da pandemia de COVID-19 (RAHMATI-AHMADABAD; HOSSEINI, 2020).

Oliveira et al (2019) fazem recomendações para uma dieta mais saudável em tempos de pandemia:

- Planejar as refeições com alguma antecedência, incluindo alimentos que contribuam para um plano alimentar saudável. Planeje igualmente as refeições intercalares, como lanches da manhã e tarde; pode desta forma evitar episódios de ingestão compulsiva.
- Manter-se hidratado bebendo água. Evite as bebidas açucaradas e as bebidas alcoólicas.
- Limitar o consumo dos alimentos mais densamente energéticos a um dia/ocasião e privilegie as opções menos industrializadas, como por exemplo um bolo ou biscoitos feitos em casa, envolvendo, se possível, a família.
- Prestar atenção à quantidade de alimentos consumida. O controle das porções é uma das medidas mais preconizadas no controle da ingestão calórica diária e consequentemente do peso corporal. Após uma refeição deve sentir-se saciado, sem sentir a sensação de que “comeu demais”.
- Não comer rápido, isto permitirá controlar melhor o que come, dando atenção aos sinais internos de saciação, a ter uma maior consciência do que ingere e maior prazer na refeição.
- Evitar períodos prolongados sem comer. Fazer 5-6 refeições diárias estruturadas é uma boa estratégia para controlar o apetite ao longo do dia, dando primazia a uma maior ingestão alimentar na primeira parte do dia, e diminuindo a quantidade consumida ao final do dia. A ceia poderá ser dispensável.
- Fazer pausas ativas curtas durante o dia. Manter-se ativo em casa, seja com tarefas domésticas ou atividades de lazer. Cuidar das plantas, fazer limpezas, dançar ou fazer brincadeiras ativas.
- Controlar o seu peso.

Devemos garantir que a segurança alimentar e atitudes e comportamentos alimentares saudáveis sejam uma prioridade global, para que possamos garantir a saúde e o bem-estar atuais e futuros de nossas crianças e adolescentes (PASLAKIS et al, 2020).

Referências

- ADAM, T.C.; EPEL, E.S. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav*, v. 91, n. 4, p. 449-458, 2007.
- AHMED, M. et al. The mutual effects of COVID-19 and obesity. *Obesity Medicine*, n. 19, v. 2020.
- AKSSER, N. et al. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr*, 2020, p. 251-256. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ajcn/article/112/2/251/5860091>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- BICALHO, D.; LIMA, T.M. Programa Nacional de Alimentação Escolar como garantia do direito à alimentação no período da pandemia do COVID-19. *Scielo Preprints*, 30 Jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.852>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- BO, S. et al. Is the timing of caloric intake associated with variation in diet-induced thermogenesis and in the metabolic pattern? A randomized cross-over study. *Int J Obes (Lond)*, v. 39, n. 12, p. 1689-95, 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.987, de 07 de abril de 2020. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para autorizar, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão de situação de emergência ou calamidade pública, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. *Diário Oficial da União* 7 abr. 2020.
- CAGAMPANG, F.R.; BRUCE, K.D. The role of the circadian clock system in nutrition and metabolism. *Br J Nutr*, v. 108, n. 3, p. 381-392, 2012.
- DI RENZO, J. et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey *Transl Med*, v. 18, n. 229, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- DUNN, C.G. et al. Feeding Low-Income Children during the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. V. 382, n. 18, abr. 2020, Disponível em: <doi: 10.1056/NEJMp2005638>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- FORE, H.H. et al. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. *The Lancet*, 27 Jul. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31648-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31648-2)>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- GLABSKA, D et al. Fruit and vegetables intake in adolescents and mental health: A systematic review. *Rocz. Państwowe go Zakładu Hig.* v. 71, p. 15-25, 2020.
- HALL, K.D. A review of the carbohydrate–insulin model of obesity. *Eur. J. Clin. Nutr*, v. 71, p. 323-326, 2017.
- HARDING, J.L. et al. Psychosocial stress is positively associated with body mass index gain over 5 years: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Obesity (Silver Spring)*, v. 22, p. 277-286, 2014.

- HUTCHISON, A.T.; HEILBRONN, L.K. Metabolic impacts of altering meal frequency and timing - Does when we eat matter? *Biochimie*, v. 124, p. 187-197, 2016.
- ISASI, C.R. et al. Psychosocial stress is associated with obesity and diet quality in Hispanic/Latino adults. *Ann. Epidemiol*, v. 25, p. 84-89, 2015.
- IVERSEN, L.B. et al. Psychosocial risk factors, weight changes and risk of obesity: the Copenhagen City Heart Study. *Eur J Epidemiol*, v. 27, n. 2, p. 119-130, 2012.
- JOSE, R.J.; MANUEL, A. COVID-19 cytokine storm: the interplay between inflammation and coagulation. *Lancet. Resp. Med*, 2020.
- KARA, M. Scientific Strabismus' or two related pandemics: coronavirus disease and vitamin D deficiency. *Br J Nutr*, v. 12, p. 1-6, Maio, 2020. Disponível em: <doi: 10.1017/S0007114520001749>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- LAUGERO, K.D.; FALCON, L.M.; TUCKER, K.L. Relationship between perceived stress and dietary and activity patterns in older adults participating in the Boston Puerto Rican Health Study. *Appetite*, v. 56, n. 1, p. 194 -204, 2011.
- MA, Y.; RATNASABAPATHY, R.; GARDINER, J. Carbohydrate craving: not everything is sweet. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, v. 20, p. 261-265, 2017.
- MILNER, J.J.; BECK, M.A. The impact of obesity on the immune response to infection. *Proc. Nutr. Soc.* v. 71, p. 298-306, 2012.
- OLIVEIRA, A. et al. Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença – Doença por Coronavírus 2019. In: _____. COVID-19: Comportamentos alimentares e outros estilos de vida saudáveis em tempo de isolamento social. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP): Porto, 2020. Capítulo 12.
- PASLAKIS, G; DIMITROPOULOS, G; KATZMAN, D.K. A call to action to address COVID-19–induced global food insecurity to prevent hunger, malnutrition, and eating pathology. *Nutrition Reviews*, Jul. 2020. Disponível em: <doi: 10.1093/nutrit/nuaa069 Online ahead of print>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- RAHMATI-AHMADABAD, S; HOSSEINI, F. Exercise against SARS-CoV-2 (COVID-19): does workout intensity matter? (A mini review of some indirect evidence related to obesity). *Obes Med*, 2020.
- REIS, A.C.B. et al. Brazilian School feeding during the COVID-19 pandemic. *Scielo Preprints*, 6 Jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.791>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- RUIZ-ROSO, M. B. et al. Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, v. 12, p. 1807, 2020. Disponível em: <doi:10.3390/nu12061807>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- SCHULTE, E.M.; AVENA, N.M.; GEARHARDT, NA. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS One*, v. 10, 2015.
- SIPIONI, M.E. et al. Máscaras cobrem o rosto, a fome desmascara o resto: COVID-19 e o enfrentamento à fome no Brasil. *Scielo Preprints*, 31 Maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.660>. Acesso em: 8 ago. 2020.

TORRES, S.J.; NOWSON, C.A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, v. 23, n. 11-12, p. 887-894, 2007.

WARDLE, J. et al. Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity (Silver Spring)*, v. 19, n. 4, p. 771-778, 2011.

WORLD FOOD PROGRAMME; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; UNICEF. Interim guidance note - Mitigating the effects of the COVID-19 pandemic on food and nutrition of schoolchildren. World Food Programme, 2020. Disponível em: <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114175/download/?_ga=2.264053387.622186202.1596075422-809136706.1595899931>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

ZAR, H.J. et al. Challenges of COVID-19 in children in low- and middle-income countries *Paediatric Respiratory Reviews*. *Paediatric Respiratory Reviews*, Jun. 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054220301019?via%3Dihub>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

CAPÍTULO V

ATIVIDADE FÍSICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A atividade física moderada é muito necessária em todas as etapas da vida. Tem grande importância desde a mais tenra idade na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes, com impacto significativo na morbimortalidade da população. (BARROS, 2020)

A Associação Americana do Coração (AHA) preconiza a avaliação física das crianças por pediatras e escolas, visando à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. (AHA, 2020).

A agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) foi uma pactuação entre diversos líderes mundiais com objetivos a serem alcançados até esta data. O objetivo 3 é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. O subitem 3.4 propõe a redução em um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, via prevenção e tratamento, e a promoção da saúde mental (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2020). A atividade física inserida como rotina na vida das crianças e adolescentes está diretamente ligada ao cumprimento deste objetivo.

No capítulo IV do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), o artigo 59 determina que os municípios, com apoio dos estados e da União, estimularão e facilitarão a destinação de recursos e espaços para programações culturais, esportivas e de lazer voltadas para a infância e a juventude (CEDECA, 2020). Este direito, garantido por força de lei, está sendo evidentemente violado, no período da pandemia, com enorme prejuízo para essa população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, reconheceu como emergência de saúde pública mundial o surto da doença causada pelo novo coronavírus, sendo em março de 2020 classificado como pandemia. Com sua disseminação, foram necessárias medidas como o isolamento social, o aumento na higienização das mãos e superfícies e a utilização de máscaras, com o objetivo de minimizar sua dispersão, o que levou ao fechamento de escolas e espaços públicos e privados de lazer e práticas esportivas. (OPAS, 2020).

Mesmo antes da pandemia, as doenças ligadas à obesidade, sedentarismo e à falta de atividade física regular já estavam em curva ascendente na sociedade. Em tempos de pandemia, com necessidade de confinamento e isolamento social, a limitação da circulação e de atividades físicas se impôs subitamente na vida das pessoas, com impacto enorme nas crianças e adolescentes¹, o que veio agregar mais tempo de tela (televisão, tablet, computador pessoal ou telefone celular), tanto para o entretenimento como para a convivência social (QUEIROZ, 2020).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam, para o bom desenvolvimento físico e psíquico das crianças, pelo menos 60 minutos de atividade física moderada por dia e restrições importantes ao tempo em que elas ficam de frente para as telas (BARROS, 2017; EISENSTEIN et al. 2020). Nas diversas faixas etárias pediátricas (lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes) estão bem estabelecidas as recomendações quanto à necessidade de atividade física e limitações ao tempo de exposição à tela de qualquer tipo, seja televisão, computador ou telefones celulares com acesso à rede mundial de computadores. Essas recomendações variam de tempo 0 (zero) de tela para menores de dois anos até 2 horas por dia em adolescentes, sendo excluídas as horas que são utilizadas para obrigações como aulas por via remota (RADESKY, 2020).

A restrição da mobilidade com diminuição das saídas de casa devido à pandemia pelo novo coronavírus, além da impossibilidade de frequentar escolas, praças, praias e academias pelas crianças e adolescentes, impôs uma rotina muito dura para esses grupos (HALL et al. 2020). Com isso, a tolerância com o tempo em que eles ficam em contato com as telas foi muito aumentada e isso tem consequências presentes e futuras. Muitos pais relaxaram nessa limitação por necessidade de trabalhar em regime domiciliar (RADESKY, 2020).

Boa parte da atividade física das crianças e adolescentes tem relação com a vida escolar e com a ida deles às praças e espaços públicos. Com o fechamento dos mesmos, a atividade das crianças ficou muito restrita ao âmbito doméstico (HALL, et al. 2020). A redução do espaço, somada à diminuição da atenção dos cuidadores devido à necessidade de realização de tarefas caseiras ou trabalho remoto, favorece uma maior ocorrência de acidentes domésticos. A permanência das crianças e adolescentes no ambiente doméstico, associada às necessidades de realização de afazeres pelos adultos, gera uma maior tolerância com a utilização das telas, incluindo a transgressão de hábitos alimentares saudáveis, como a utilização da tela durante as refeições. Não podemos deixar de levar em consideração a diminuição do número de cuidadores possíveis com o distanciamento social necessário para a proteção de avós, tios, vizinhos e trabalhadores com mais de 60 anos e/ou com comorbidades que os coloque em maior risco de adoecer gravemente pelo SARS-Cov19 (RADESKY, 2020).

A atenção com os conteúdos propostos, seja na televisão ou nas redes sociais, requer monitorização constante por parte de quem cuida das crianças e adolescentes. Existem efeitos a curto, médio e longo prazos dessa exposição aumentada a telas, além da tendência à acomodação e sedentarismo, que têm implicação direta com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em idades mais avançadas e até na mortalidade da população adulta (HALL et al. 2020). Ademais, acontecem alterações de humor e sono, que levam a desordens como ansiedade, depressão e até mesmo a comportamentos violentos (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Um desafio permanente para os pais na seleção de conteúdos de internet para as crianças e adolescentes é o equilíbrio entre uma orientação quanto aos perigos a que a rede pode expô-los e o incentivo a certa autonomia dos filhos nesta função. Uma maior habilidade dos pais jovens nas buscas digitais também desafia os pais. Certa transgressão não deve ser motivo de punição, mas o monitoramento de conteúdos é desejável. Ter a certeza de que a orientação que foi dada será seguida deixa os pais mais seguros (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Em todos os países onde a retomada das atividades nas escolas foi proposta, a taxa de transmissão do SARS-Cov19 tinha caído significativamente. Essa retomada de atividades é fundamental para a saúde física e mental das crianças e adolescentes, porém deve ser muito bem programada. A estrutura das escolas e a periodicidade das atividades devem ter planejamento. O espaçamento entre indivíduos deve ser aumentado e os hábitos de higiene pessoal e a limpeza de superfícies e objetos feitos muito mais cuidadosamente. As estratégias propostas para a volta devem ser muito bem elaboradas porque as crianças, os profissionais da educação e todo o entorno dessas populações podem ser novas vítimas ou mesmo vetores de uma nova onda da pandemia. Essas estratégias devem ser adaptadas à fase de desenvolvimento e maturação das crianças e adolescentes (AAP, 2020).

A retomada de atividades físicas deve dar preferência às movimentações feitas ao ar livre, em espaços abertos e ventilados. As práticas esportivas individuais como corrida, ciclismo e natação são recomendadas. As práticas coletivas devem ser postergadas, com preferência para as que têm menos contato. Futebol, handebol e basquete são esportes muito praticados nas escolas, mas têm grande contato entre os praticantes, devendo ser reavaliados muito criteriosamente na retomada (BARROS, 2020).

O treinamento dos professores, auxiliares de ensino e educadores físicos com orientações firmes para as possibilidades de atividades são fundamentais para minimizar os riscos, que nunca serão zerados, enquanto não houver vacina ou medicamento eficaz (BARROS, 2020).

Referências

- AHA. Urges Schools to share fitness data with doctors to boost Kids' cardiorespiratory health. Medscape, 20 Jul. 2020.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Critical Updates on Covid-19: Clinical Guidance. Covid-19. Planning Considerations Guidance for School Re-entry. AAP, 2020.
- BARROS, R.R. et al. Grupo de trabalho em atividade física. Sociedade Brasileira de Pediatria, 17 Jun. 2020.
- BARROS, R.R. et al. Manual de Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência. Grupo de Trabalho em Atividade Física. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2017.

- CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. .ECA 2017: Estatuto da Criança e o Adolescente. CEDECA: Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- DESLANDES, S.F.; COUTINHO, T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da Covid-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, Supl. 1, p. 2479-2486, 2020.
- EISENSTEIN E. et al. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital: Recomendações sobre uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia Covid-19 #boas telas # mais saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria, 21 de maio de 2020.
- HALL, G. et al. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Prog Cardio Dis*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.005>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Organização das Nações Unidas, 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 21 Jul. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#apoio-opas>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- QUEIROZ V.C.B. A experiência da aprendizagem remota: quanto tempo demais na tela? [2020]. Disponível em: <<https://www.loyola.g12.br/wp-content/uploads/2020/06/Artigo-tempo-de-tela-vers%C3%A3o-final-convertido.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- RADESKY, J. et al. Digital Advertising to Children. Council on communication and media. *Pediatrics*, v. 146, n. 1, Jul. 2020.

CAPÍTULO VI

IMUNIZAÇÕES E QUEDA NA COBERTURA VACINAL COMO CONSEQUÊNCIA DA COVID-19

6.1 A importância das imunizações

"Embora crianças e adolescentes não sejam os mais afetados diretamente pelo coronavírus, como em todas as emergências e crises humanitárias, são eles os que mais sofrem de maneira indireta. Os isolamentos sociais e o fechamento das escolas estão afetando a sua educação e saúde mental e o acesso a serviços básicos de saúde. Durante estes tempos excepcionais, os riscos de maus-tratos, violência doméstica ou sexual, abuso, exploração e exclusão social são maiores do que nunca para meninas e meninos. A pobreza pode aumentar, deixando-os ainda mais expostos." (UNICEF, 2020)

Além de todos os aspectos relatados nesse documento, a pandemia pela COVID-19 pode causar enorme impacto nas coberturas vacinais levando a riscos elevados de ressurgimento de doenças imunopreveníveis (UNICEF, 2020).

No estatuto da criança e do adolescente, que tem poder de lei, consta:

"Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Parágrafo único. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

§ 1º É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 13.257, de 2016)" (BRASIL, 1990)

A ampliação da cobertura vacinal é um dos desafios contemporâneos para a garantia da saúde da população. A vacinação deveria ser compulsória, um dever do cidadão, pois o bem coletivo é o que está em jogo ao se buscar a prevenção de doenças. Desde os anos 70, a vacinação de crianças e adolescentes tem sido a medida mais efetiva e custo efetiva de saúde preventiva do mundo. Em torno de 80% das crianças do planeta recebem o esquema vacinal primário tradicional com BCG, pólio, difteria, tétano e coqueluche e sarampo. A imunização previne mais de 2,5 milhões de mortes anualmente. Poderiam ser evitadas 2,1 milhões de mortes anualmente por doenças imunopreveníveis, sendo 1,74 milhões em crianças menores que 5 anos (FIOCRUZ, 2019).

O calendário vacinal com disponibilização das vacinas, em especial, foi desenvolvido para ser uma das mais bem-sucedidas e rentáveis medidas de saúde pública, para prevenir doenças e salvar vidas. Desde

a última metade do século XX, doenças que antes eram muito comuns, tornaram-se raras no mundo desenvolvido, devido principalmente à imunização generalizada (BRASIL, 2014).

A vacinação é uma prioridade em saúde pública mesmo na época da pandemia e deve ser mantida, sempre que possível, com a adoção de estratégias adaptadas as realidades locais. Essas estratégias devem preservar a segurança dos profissionais de saúde, da comunidade e dos cuidadores, e se enquadrar nas regras de distanciamento social definidas para cada período da pandemia (FIOCRUZ, 2020).

6.2 A pandemia da COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma emergência de saúde pública mundial e em março de 2020, como uma pandemia. Com a disseminação da pandemia se fizeram necessárias medidas como o isolamento social, a utilização de máscaras e o aumento na higienização de mãos (OPAS, 2020).

Ao mesmo tempo em que o isolamento e a limitação na circulação de pessoas reduzem a disseminação da COVID-19, também o fazem de outros patógenos (Sarampo, Vírus Sincicial Respiratório e Influenza). Entretanto, o não comparecimento de crianças às unidades de saúde para atualização do calendário vacinal pode impactar nas coberturas vacinais e colocar em risco a saúde de todos, especialmente frente à situação epidemiológica do sarampo, febre amarela e coqueluche que vivenciamos atualmente (SBP; SBIM, 2020).

“Interromper a vacinação rotineira, em especial de crianças menores de 5 anos, gestantes e outros grupos de risco, bem como as estratégias de seguimento e contenção de surtos (sarampo e febre amarela, por exemplo), pode levar ao aumento de casos de doenças imunopreveníveis e ao retrocesso nas conquistas. No curto, médio e longo prazo, as consequências dessa perda para as crianças podem ser mais graves do que as causadas pela pandemia de COVID-19” (SBIM, 2020 apud FIOCRUZ, 2020)

6.3 A queda na cobertura vacinal

A queda da cobertura vacinal é um dos principais problemas de saúde enfrentados pela humanidade. A pandemia pela COVID-19 aumentou ainda mais esse fato. Os profissionais de saúde, devem estar atentos e atualizados sobre os calendários vacinais dos diferentes grupos populacionais e dos grupos de risco. Devem disseminar o conhecimento sobre a importância das vacinas, combater notícias falsas, e acima de tudo garantir que oportunidades não sejam perdidas (OPAS, 2020; OMS, 2018; OMS, 2020; UNICEF, 2020).

Devido à COVID-19, mais de 117 milhões de crianças de 37 países podem deixar de receber a vacina que protege contra o sarampo, alertam o UNICEF e a OMS. As campanhas de vacinação contra o sarampo já foram adiadas em diversos países, o que aumenta a chance de surtos. O Brasil permanece com surto de

sarampo nas cinco regiões. A Região Norte apresenta cinco (71,4%) estados com surto, a Região Nordeste seis (66,7%), a Região Sudeste três (75,0%), a Região Sul três (100,0%), e a Região Centro-Oeste quatro (100,0%) estados. No Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2020 (29/12/2019 a 20/06/2020), foram notificados 11.405 casos de sarampo, confirmados 4.958 (43,5%), descartados 4.740 (41,5%) e estão em investigação 1.707 (15,0%). Os estados do Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina concentram o maior número de casos confirmados de sarampo, totalizando 4.804 (96,9%) casos. Os óbitos por sarampo ocorreram nos estados do Pará 3 (60,0%), Rio de Janeiro 1 (20,0%) e São Paulo 1 (20,0%) (BRASIL, 2020).

No Estado de Michigan nos Estados Unidos houve queda na cobertura vacinal e atraso em todas as faixas etárias analisadas quando comparadas com as séries históricas de anos anteriores. A cobertura para sarampo foi de 70,8% (BRAMER; KIMMINS; SWANSON et al. 2020).

Existem diversos fatores para as quedas das coberturas vacinais. Entre eles podemos elencar os principais como a falta de percepções do risco das doenças imunopreveníveis pela população, mudanças nos sistemas de coleta de dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), pelo aumento do número de vacinas disponíveis e atualizações nas recomendações pelo Ministério da Saúde (MS). A carência de formação e treinamento de profissionais para a atuação em salas de vacinas, os horários de funcionamento dos postos de vacinação, os desabastecimentos momentâneos para alguns imunobiológicos, o surgimento do movimento antivacinas e as notícias falsas também tem contribuído para a queda da cobertura vacinal da população (UNICEF, 2020).

Anexo I - Calendário da Criança

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES		VOLUME DA DOSE**	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA HIPODÉRMICA RECOMENDADA (dec/mm)
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO*				
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningea e miliar	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-	0,1 mL e 0,05 mL, a depender do laboratório produtor e/ou da idade que será administrada	Intradérmica	Inserção inferior do músculo deltoide direito	13x3,8
Hepatite B (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-	0,5mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1, 2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	2 meses, 4 meses e 6 meses	60 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 doses de reforço	15 meses e 4 anos	-	1º ref. 6 meses após 3ª dose da VIP, 2º ref. 6 meses após 1º ref.***	2 gotas	Oral	Cavidade oral	-
Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias****	1,5 mL	Oral	Cavidade oral	-
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB.	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias*****	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Pneumocócica 10 valente (Pnc10) (4)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Meningocócica C (conjugada) (4)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	2 doses	1º reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses 1º Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7

(Continua)

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES		VOLUME DA DOSE**	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA HIPODÉRMICA RECOMENDADA (dec/mm)
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO*				
Febre Amarela (Atenuada) (5)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Região deltoideana	13x4,5
Sarampo, Caxumba, Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (1ª dose com SCR e 2ª dose com SCRv)	-	12 meses	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Região deltoideana	13x4,5
Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela (SCRv) (4) (7)	Sarampo, Caxumba Rubéola e Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde a segunda dose da SCR e primeira de varicela)	-	15 meses	-	-	0,5 mL	Subcutânea	Região deltoideana	13x4,5
Hepatite A (HA) (4)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativada	1 dose	-	15 meses	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Difteria, Tétano, Pertussis (DTP)	Difteria Tétano Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	Considerar doses anteriores (3 doses)	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	1º ref. 9 meses após 3ª dose. 2º ref. 3 anos após 1º ref.	1º ref. 6 meses após 3ª dose, 2º ref. 6 meses após 1º ref.	0,5 mL	Intramuscular	Vasto lateral da coxa em crianças < 2 anos e deltoide em crianças ≥ 2 anos	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Difteria, Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses Considerar doses anteriores com penta e DTP	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	A partir dos 7 anos	60 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Deltoide, Vasto lateral da coxa, dorsoglúteo ou ventroglúteo	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7 30 x 7
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	2 doses	-	De 09 a 14 anos para meninas; de 11 a 14 anos para meninos	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltoide	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Pneumocócica 23-valente (Pnc 23) (8)	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite etc.	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumococos	1 dose	Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PNM10v	a partir de 5 anos para os povos indígenas	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltoide	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7
Varicela (9)	Varicela	vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde a segunda dose da varicela)	-	4 anos	-	30 dias	0,5mL	Subcutânea	Região deltoideana ou Vasto lateral da coxa	13x4,5
Influenza (10)	Influenza	Vírus fracionado, inativado	1 dose ou duas doses	Dose anual	6 meses a menores de 6 anos	-	-	0,25 mL ou 0,5 mL a depender da idade*****	Intramuscular	Vasto lateral da coxa em crianças < 2 anos e deltoide em crianças ≥ 2 anos	20 x 5,5 25 x 6 25 x 7

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação, 2020

Os profissionais de saúde devem trabalhar para que as vacinas sejam aplicadas o mais próximo possível dos intervalos recomendados. Intervalos maiores que os recomendados entre as doses não reduzem as concentrações finais de anticorpos, embora a proteção plena possa não ser atingida até que o número recomendado de doses tenha sido administrado. A interrupção no esquema de vacinação não requer o reinício de toda a série de uma vacina ou toxóide ou a adição de doses extras (CDC, 2020).

6.4 Estratégias para manutenção e aumento nas coberturas vacinais

Estratégias seguras devem ser elaboradas para possibilitar a manutenção da vacinação de rotina. Entre elas estão o conhecimento da epidemiologia local sobre doenças imunopreveníveis. Também é necessário saber como se encontra a circulação da COVID-19 (transmissibilidade, número de casos novos, número de óbitos, número de internações hospitalares, uso de leitos de terapia intensiva), quais são os dados demográficos e a disponibilidade de vacinas e insumos, e a capacidade pessoal e da estrutura do serviço de vacinação (FIOCRUZ, 2020; CDC, 2020).

Cada gestor local deve definir a estratégia para manter as atividades de imunização de acordo com as taxas de transmissão da COVID-19 da sua área de residência. É mais que importante o fortalecimento do programa de saúde da família com investimentos e insumos para a busca ativa e vacinação em casa para pessoas com fatores risco ou sob imensa vulnerabilidade social.

O sistema de vigilância de doenças evitáveis por vacinas deve receber investimentos em insumos e pessoal para detectar precocemente os casos e rastreá-los quando necessário.

A rede de assistência foi muito prejudicada pela COVID-19, tanto pelo profissional de saúde que adoeceu e continua adoecendo diretamente pelo vírus, tanto pela grande dificuldade que enfrenta pelas restrições da mobilidade urbana, e até pelo fechamento de algumas unidades de serviço. Se faz necessária a busca ativa e o seguimento das pessoas que não foram vacinadas para a atualização do seu documento vacinal.

Quando a capacidade vacinal for limitada deve-se priorizar os grupos de risco, menores de 5 anos, gestantes, e pessoas com comorbidades. A prioridade se faz mais importante em pessoas institucionalizadas e em áreas de difícil acesso. Quando há demanda espontânea pela população nas visitas aos ambulatórios, hospitais, ou através do programa de saúde da família se torna fundamental o incentivo a vacinação frente a esta oportunidade (OMS, 2018).

É fundamental que todos os profissionais das mais de 36.000 salas de vacina espalhadas por todo o território nacional recebam treinamento sobre os cuidados de proteção individual e uso de EPI (equipamento de proteção individual) para sua proteção frente à COVID-19 (ONU, 2020).

Nos serviços de saúde deve haver uma mudança nos fluxos de entrada e saída de pessoas, mudanças nas rotinas dos profissionais de saúde envolvidos, agendamentos para evitar as aglomerações, reserva de horários para pessoas de grupos de risco e contratação de pessoal para aumentar a oferta vacinal. Outra estratégia vacinal é a utilização de espaços que não estão sendo usados para o atendimento a comunidade como clubes, repartições públicas fechadas, escolas entre outros. A vacinação de moradores de asilos, presídios, instituições de longa permanência da alta ou média complexidade, e empresas com trabalhadores de serviços essenciais/profissionais de saúde entre outras deve ser estimulada (FIOCRUZ, 2020).

Sobre a organização dos serviços de saúde no momento vacinal deve-se encontrar um local para a espera da vacinação em local externo e aberto. É fundamental o distanciamento de 2 metros entre os indivíduos na fila de espera. Há de haver um profissional para a triagem dos sintomas relacionados à COVID-19 na entrada e remarcando a vacinação. A utilização de luvas não deve ser utilizada no momento vacinal sendo fundamental a higienização das mãos da forma correta com água e sabão ou álcool em gel à 70%. A utilização de máscaras é recomendada para diminuição da transmissão. Deve ser utilizado o uniforme no ambiente de trabalho diferente da roupa usada para o transporte até o trabalho. Usar sapatos fechados, não usar acessórios, prender cabelos longos, não usar telefones durante o atendimento e higienizá-lo com frequência (SBIM, 2020) são outras ações importantes.

A divulgação de informações sobre a importância da manutenção de altas taxas de coberturas vacinais à população é essencial. A formação de multiplicadores de informação confiável relacionada à saúde e imunizações e mobilização de líderes comunitários fortalece o objetivo vacinal. A mensagem que vacinas são seguras, o atendimento nos postos, a informação sobre os horários de atendimento deve fazer parte de campanhas publicitárias em cadeia nacional.

A vacinação é uma prioridade em saúde pública e deve ser mantida, sempre que possível, com a adoção de estratégias adaptadas as realidades locais. Essas estratégias devem preservar a segurança dos profissionais de saúde, da comunidade e dos cuidadores, e se enquadrar nas regras de distanciamento social definidas para cada período da pandemia. Acima de tudo devemos lutar para reestabelecer os níveis de cobertura vacinal adequados para toda a população, principalmente para a mais vulnerável (FIOCRUZ, 2020).

Referências

- BRAMER, C.A. et al. Decline in Child Vaccination Coverage During the COVID-19 Pandemic: Michigan Care Improvement Registry, May 2016-May 2020. *MMWR: Morb Mortal Wkly Rep*, v. 69, p. 630-631, 2020.
- BRASIL. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 250 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. V. 51, n.27, Brasília, 1 Jul. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/09/Boletim-epidemiologico-SVS-27-06.07.2020.pdf>>. Acesso em: 8 Ago. 2020a.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 8069 de 13 de Julho de 199. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 8 Ago. 2020b.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa referente ao calendário Nacional de Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, [2019]. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/Instrucao-Normativa-Calendario-Vacinacao-Site.pdf>>. Acesso em: 8 Ago. 2020c.
- BRASIL. Vacinação: quais são as vacinas, para que servem, por que vacinar, mitos. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacine-se>>. Acesso em: 8 ago. 2020d.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENION (CDC). Vaccination Guidance during a pandemic. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/vaccines/pandemic-guidance/index.html>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. Vacinas: mitos e verdades. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2019 Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/especialista/vacinas-mitos-e-verdades/>>>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. Vacinas: mitos e verdades. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/vacinas-na-pandemia-covid-19/>>. Rio de Janeiro, 30 jun. 2020.
- OMS. Metodologia para a avaliação de oportunidades perdidas de vacinação. [S.l.]: OMS, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259201/9789248512957-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 8 Ago 2020.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES ÚNICAS (ONU). WHO and Unicef warn of a decline in vaccinations during COVID-19. Geneva, 15 Jul. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Metodologia para a avaliação de oportunidades perdidas de vacinação. [S.l.]: OMS, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259201/9789248512957-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 8 Ago 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Princípios orientadores para as actividades de vacinação durante a pandemia de COVID-19. Orientações provisórias 26 de Março de 2020. Disponível em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-por.pdf>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 21 Jul. 2020. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#apoio-opas>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIM). Vacinação em dia, mesmo na pandemia. 16 Jul. 2020. Disponível em: <<https://sbim.org.br/acoes/vacinacao-em-dia>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Calendário vacinal da criança e a pandemia pelo coronavírus. SBP; SBI, 2020. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-sbpsbim-calendariodacrianca-pandemiacovid-200324.pdf>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

UNICEF (Brasil). 10 ações para responder ao coronavírus no Brasil. [2020]. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/10-acoes-do-unicef-para-responder-ao-coronavirus-no-brasil>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

CAPÍTULO VII

ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTO E UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

Diante da pandemia da COVID-19 houve a necessidade de serem adotadas rigorosas medidas preventivas contra a disseminação do vírus como o uso obrigatório de máscaras (SBP, 2020), aumento na higienização das mãos, introdução da prática alternativa do uso de álcool 70% em gel, limpeza exaustiva de superfícies e o isolamento social.

Sem que o sistema de saúde estivesse estrategicamente preparado para lidar com este novo cenário, medidas radicais de segurança e proteção à vida foram estabelecidas. Entre elas estava a interrupção imediata da prestação de serviços de saúde considerados não essenciais. Desta forma, muitas crianças e adolescentes foram privados dos acompanhamentos regulares de saúde, mesmo aquele preconizados pelos programas governamentais de assistência à essa população como por exemplo asma, atendimentos oncológicos, entre outros.

Num primeiro momento, pais, cuidadores e responsáveis aderiram à essa restrição, alarmados pelo gigantesco número de mortes e falta de acesso a cuidados hospitalares na rede tanto pública quanto privada. Adiante perceberiam os efeitos desta restrição sobre a saúde física e mental de seus filhos.

À medida que a pandemia se prolongava, sem perspectivas de retorno a curto e médio prazo aos atendimentos de ambulatório, as instituições tiveram que organizar seus planos de contingência com foco na sustentação de atendimentos a seus usuários.

Normas nacionais e internacionais recomendam a manutenção criteriosa do atendimento às crianças e adolescentes mesmo em tempos de pandemia (SBP, 2020; AAP, 2020). Além da definição de quando e qual criança deveria ser atendida fez-se necessária uma reflexão sobre a prática do atendimento ambulatorial pediátrico nas instituições.

É inegável o prejuízo acarretado pelo cancelamento ou adiamento de consultas e procedimentos clínicos e cirúrgicos. Algumas unidades de saúde chegaram a registrar uma redução no número de atendimentos ambulatoriais de Pediatria de até 90% entre os meses de março a julho de 2020, quando comparadas ao mesmo período no ano de 2019 (FIOCRUZ, 2020).

Para enfrentar o desafio de manter os atendimentos ambulatoriais respeitando as novas normas de fluxo, o sistema de saúde foi forçado a rever as práticas em seu processo de trabalho, inclusive daquelas onde havia uma naturalização das inconformidades com relação aos direitos e segurança destes usuários bem como de seus profissionais de saúde.

A interrupção imediata da consulta presencial estimulou a adoção do modelo de atendimento à distância: as teleconsultas⁴ e teleorientações⁵ não emergenciais, aprovadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020) enquanto durar a pandemia e adotadas pela Academia Americana de Pediatria (AAP, 2020a).

A modalidade de atendimento por teleconsulta parece mostrar um impacto positivo, principalmente entre as famílias com melhores condições socioculturais e com filhos com condições crônicas e complexas, para os quais o deslocamento até um serviço de saúde oferecia risco. No entanto, a dificuldade de acesso a redes informatizadas pela maioria da população revelou um entrave para a aplicação mais ampliada desta metodologia. Por outro lado, as teleorientações por busca ativa poderiam alcançar um outro segmento de usuários. No entanto, um grande número deles certamente não foi atingido, possivelmente pela dificuldade de contato por meio de aparelho celular.

A necessidade da adequação dos espaços comuns (salas de espera) às normas de segurança colaborou para a redução na oferta de consultas. A recomendação de evitar agrupamentos, de obedecer ao distanciamento interpessoal, de não haver compartilhamento de espaços em atendimentos concomitantes, de trabalhar em ambientes ventilados, possivelmente levou a uma redução no número de salas disponíveis. A compreensão deste novo modelo de atendimento em consultórios muito provavelmente vai obrigar a uma revisão na arquitetura hospitalar que por sua vez deverá pensar uma ocupação de espaços com foco em ambulatorios seguros, para profissionais de saúde e seus pacientes. A redução do número de consultas reverbera em todos os pontos de atenção à saúde. Houve redução na oferta de consultas reguladas pelo Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) o que deverá gerar um importante represamento de consultas e crescimento das filas de espera.

Também houve necessidade de reduzir todas as atividades de educação em saúde nas salas de espera e as atividades lúdicas-educacionais para as crianças uma vez que exigem compartilhamento de materiais educativos que vão contra as medidas de distanciamento mínimo necessário para segurança. A redução no número de consultas pode ter causado um grande impacto na população de crianças e adolescentes dependentes de tecnologia.

Vale ressaltar que a Sociedade Brasileira de Pediatria prioriza as consultas pediátricas e de puericultura (SBP, 2020b) Em suas recomendações, exige não somente a segurança da criança/adolescente,

⁴ Art. 4º. A teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos. §1º A teleconsulta subentende como premissa obrigatória o prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente.

⁵ Art. 13. A teleorientação é o ato médico realizado para preenchimento a distância de declaração de saúde e para contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde. Parágrafo único. Na teleorientação são vedadas indagações a respeito de sintomas, uso de medicamentos e hábitos de vida.

mas também a proteção do acompanhante. Reconhece a necessidade de manter as consultas de rotina, principalmente abaixo dos 2 anos de idade, garantindo um espaço para apoio às mães e para a realização de todas as ações necessárias para a saúde integral das crianças e adolescentes.

Assim, diante do que já se classifica como o novo normal, medidas estruturantes deverão ser adotadas por todas as unidades de atendimento ambulatorial de modo definitivo, para que práticas de segurança e proteção à vida sejam incorporadas à cultura institucional.

De acordo com a SBP, a SOPERJ e a SPSP:

As rotinas de atendimento em consultórios médicos e ambulatórios devem ser modificadas neste momento, seguindo as seguintes orientações:

1. Para os pacientes estáveis, na medida do possível, as consultas devem ser adiadas em locais de alta transmissibilidade e a ligação telefônica seria uma ótima opção para conseguir avaliar esta situação de estabilidade.
2. Para as crianças com intercorrências, as consultas ambulatoriais devem acontecer, preferencialmente às idas ao Pronto Socorro ou Pronto Atendimento.
3. Na presença de sinais clínicos de alerta quando o paciente está com uma síndrome gripal – febre persistente, dispneia, queda do estado geral – devem dirigir-se a um serviço de urgência, para avaliação da necessidade de hospitalização e confirmação diagnóstica da COVID-19 ou de outro vírus, como o sincicial respiratório.
4. Nos consultórios e ambulatórios: organizar horários de atendimento e evitar deixar pacientes em sala de espera. Caso isso ocorra, manter o distanciamento previsto entre eles e o uso de máscaras.
5. Reforçar medidas de higiene pessoal, com lavagem de mãos e o uso de álcool gel a 70%, com orientações da técnica adequada disponível.
6. Manter sempre que possível, em locais de fácil visualização, todas as orientações para proteção contra a COVID-19.
7. Utilizar a consulta para o reforço da importância da quarentena domiciliar e o apoio aos pais e às crianças neste momento tão diferente e difícil para todos.

O profissional de saúde deve atender em condições adequadas que assegurem sua proteção. Nesta situação, recomenda-se que sejam utilizadas as medidas de proteção pessoal.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Guidance on Pediatric ambulatory services via Telehealth during COVID-19. Critical Updates on AAP, Abr. 2020.

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Guidance Related to Childcare During COVID-19. n. 6, American Academy of Pediatrics (AAP), 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2020.
- CEDECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. Rev. 2017. Disponível em: <<https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA.INTERNET.pdf>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). COVID-19: Response Team: Coronavirus Disease 2019: Children-United States. Morb Mortal Wkly Rep, v. 69, p. 422-426, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Ofício 1756/2020 de 19 março de 2020. Brasília, DF: CFM, 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2227>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. Departamento de Informação e Documentação (DID) 2019/2020. IFF/ FIOCRUZ, 2020.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa COVID-19. 31 Jul. 2020. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.option=com_content&view=article&id=61:COVID 19](https://www.paho.org/bra/index.option=com_content&view=article&id=61:COVID%2019)>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Atendimento Ambulatorial Pediátrico e neonatal na pandemia de COVID-19. [Nota de alerta]. 8 Jul. 2020a. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22625d-NA_-_Atend_ambulat_ped_e_neonatal_na_pandemia_COVID19.pdf>. Acesso em: 9 Ago. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). COVID-19. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/covid-19/>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento científico de neonatologia orienta sobre atendimento ambulatorial pediátrico e neonatal durante a pandemia pelo covid-19. 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dc-de-neonatalogia-orienta-sobre-atendimento-ambulatorial-pediatrico-e-neonatal-durante-a-pandemia/>>. Acesso em: 8 Ago. 2020.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). A importância do atendimento ambulatorial pediátrico em tempos de COVID-19. 29 Abr. 2020. Disponível em: <<https://www.spsp.org.br/2020/04/29/a-importancia-do-atendimento-ambulatorial-pediatrico-em-tempos-de-covid-19/>>. Acesso em: 9 Ago. 2020.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOPERJ). Rotina de atendimento ambulatorial em tempo de Coronavírus. 19 Mar. 2020. Disponível em: <<http://soperj.com.br/rotina-de-atendimento-ambulatorial-em-tempo-de-coronavirus/>>. Acesso em: 9 Ago. 2020.

CAPÍTULO VIII

ATENÇÃO NO PERÍODO NEONATAL

8.1 Epidemiologia

As evidências científicas sobre COVID-19 são muito dinâmicas com o avanço da infecção pelo Sars-Cov-2 e a progressão da pandemia pelo mundo. As informações e recomendações estão em constante mudança e existe uma cooperação a nível mundial com a finalidade de promover evidências confiáveis no sentido de ajudar a formatar orientações relevantes a gestantes e seus bebês. A infecção na gestação e suas repercussões para o feto e recém-nascido ainda estão sendo construídas à medida que os casos vão ocorrendo nos diversos países.

No Brasil existe ainda uma preocupação relevante que se resume na exposição de um número elevado de gestantes, recém-nascidos e crianças, diferente de países europeus onde o denominador de crianças é bem menor, pois a maioria de sua população se constitui em grupo de pessoas mais idosas.

Os relatos iniciais no Mundo desde o início da pandemia na China e posteriormente na Europa e EUA sugerem que, diferente de outras infecções por coronavírus e de síndromes gripais causadas pelo H1N1 e influenza, o acometimento em gestantes é similar ao de adultos da mesma faixa etária, não havendo relatos de maiores intercorrências obstétricas em gestantes infectadas. Entretanto, informações originadas do SIVE-Gripe apontam por uma alta mortalidade materna em gestantes e puérperas infectadas (TAKEMOTO, 2020). As desigualdades sociais de nosso país se fez muito evidente em relação à morbidade e mortalidade materna. No nosso território a mortalidade tem sido observada significativamente mais evidente em classe social mais desfavorável.

Gestantes com pré-natal inadequado e com maiores morbidades constituíram um grupo de risco até então não observado na pandemia conforme as evidências acima assinaladas. Nessa linha de pensamento, podemos especular que a exposição de crianças em número elevado ao SARS-CoV-2 poderá ocasionar situações clínicas até então nunca observadas em outros países. Recomendamos cuidado na exposição de recém-nascidos e crianças em relação ao contato social diverso e múltiplo.

8.1.1 Transmissão perinatal

Inicialmente o surgimento de evidências geradas pela publicação de inúmeros pequenos trabalhos, na maioria relato de casos, não demonstraram o vírus na placenta, leite materno ou cordão umbilical. A possibilidade da transmissão vertical ainda é controversa, mas algumas evidências sugerem que possa eventualmente ocorrer devido a alguns relatos de literatura de recém-nascidos positivos para o SARS-CoV-2

no primeiro dia de vida, sem comprovação de contato com adultos infectados. Entretanto, casos de transmissão imediata no período pós-natal tem sido observados e recém-nascidos sintomáticos no primeiro mês de vida com o teste PCR-RT positivo para SARS- CoV-2 aparecem frequentemente descritos na literatura. O mecanismo de infecção neonatal não é claro. Como a transmissão vertical durante a gravidez parece ser menos provável, a transmissão horizontal no primeiro mês de vida torna-se possível.

A incerteza em torno risco de infecção neonatal tem levado a importantes variações nas práticas de cuidado para recém-nascidos de mães com COVID-19. Hospitais, especialistas, organizações e agencias de saúde pública interpretam a limitada oferta de dados disponíveis no contexto de suas realidades locais para desenvolver práticas e recomendações que são aplicadas a uma ampla gama de aspectos clínicos e condições sociais. Embora exista algum acordo sobre certos aspectos de cuidados com o recém-nascido, como o uso de precauções para a sala de parto, ressuscitação ou isolamento de lactentes que necessitam de cuidados intensivos, outras abordagens referentes a aspectos do cuidado diferem amplamente, incluindo a localização de cuidados e amamentação para bebês a termo que estão bem e nascem de mães sem sintomas graves (tabela 1).

TABELA 1 Diretrizes sobre localização do cuidado ao recém-nascido e aleitamento materno para mães com COVID-19

Organizações	Local do cuidado ao RN	Aleitamento materno
China	Separação	Sem leite materno
OMS	Alojamento conjunto incentivado	Amamentação incentivada
Itália	Alojamento conjunto incentivado	Amamentação incentivada
Grã-Bretanha	Alojamento conjunto incentivado	Amamentação incentivada
Canadá	Apoio em alojamento compartilhado	Apoio à amamentação
AAP*	Não afastar mãe do RN	Apoio à amamentação
CDC	Tomada de decisão compartilhada	Tomada de decisão compartilhada
MS Brasil	Alojamento conjunto incentivado	Amamentação incentivada
SBP	Alojamento conjunto incentivado	Amamentação incentivada

Modificada de GUPTA; ZUPANCIC; PURSLEY (2020)

*A Academia Americana de Pediatria (AAP) mudou suas recomendações no final de julho e atualmente considera que, a menos que a mãe esteja agudamente doente e incapaz de cuidar do recém-nascido, eles

não devem ser separados. Na maternidade, a mãe infectada deve ser mantida a alguma distância dos recém-nascidos se for possível e tomar todas as precauções de contato no momento de amamentar (usar máscara e higienizar as mãos).

8.2. Orientações gerais para maternidades

- Organizar fluxos de atendimento hospitalar de gestantes e parturientes de forma que não haja contato com outros pacientes e com diversos profissionais de saúde, estabelecendo as medidas de isolamento necessárias para o atendimento aos grupos de pacientes com COVID-19 suspeita ou confirmada. O mesmo deve ser observado durante a internação para o parto. É importante ofertar, sempre que possível, espaço privativo para essas parturientes para o seu trabalho de parto e parto (BRASIL, 2020c).
- Para minimizar o risco de infecção, todos os pais e responsáveis devem ser incentivados a aderir às medidas de higienização e utilização máscaras.
- Minimizar o número de cuidadores aos quais a criança é exposta é essencial para reduzir o risco de infecção tanto para a criança quanto para os cuidadores.
- A separação de mães e bebês é uma intervenção com sérias consequências e deve ser evitada.
- É provável que o estabelecimento de vínculo, evitando desnecessárias separações entre mãe e bebê, ajude a proteger contra a ansiedade, medo e outros desafios de saúde mental do confinamento e da pandemia.
- A menos que um dos pais apresente um quadro clínico ou exame laboratorial suspeito ou confirmado para COVID-19, ambos devem estar presentes na unidade neonatal e devem ser vistos como parceiros no cuidado, não visitantes; as oportunidades para a promoção e proteção do vínculo devem ser maximizadas.
- Todo o pessoal que trabalha na maternidade e assistência neonatal precisa de apoio, suporte e disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual para sua segurança e segurança dos recém-nascidos internados.
- Os pais devem receber orientações sobre sinais e sintomas da doença, usar máscaras e higienizar as mãos.

- Outras visitas devem ser evitadas, assim como aglomerações em salas de espera.

8.2.1 Recomendações relacionadas à assistência na sala de parto

Considerar a história clínica e pré-natal, com avaliação de possível contato com sintomático respiratório compatível com síndrome gripal.

Embora as evidências sobre a comprovação de transmissão vertical estejam sendo pouco relatadas, recomendamos todos os cuidados para proteger a gestante e seu recém-nascido, assim como a equipe de saúde.

O ideal seria realizar o rastreamento universal das gestantes, dado o número de portadores assintomáticos. Entretanto, como isto frequentemente não é possível, se torna necessário promover o máximo de segurança para a gestante, recém-nascido e todos profissionais envolvidos na assistência à mãe e ao recém-nascido, com a disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual necessários e capacitar as equipes para a sua adequada utilização.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, as práticas recomendadas sobre clameamento oportuno do cordão, amamentação e contato pele a pele em sala de parto devem ser avaliadas de acordo com a história epidemiológica e o quadro clínico das mães:

a) Mães assintomáticas e que não tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2:

- Orienta-se a manutenção do clameamento em tempo oportuno do cordão umbilical ao nascimento, bem como o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida (BRASIL, 2020a).

b) De acordo com as classificações de risco (caso suspeito no recém-nascido, caso confirmado no recém-nascido, caso suspeito na gestante, caso confirmado na gestante), cada abordagem será individualizada.

c) Mãe sintomática ou que teve contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias:

- O clameamento oportuno do cordão umbilical deve ser mantido, e o contato pele a pele deve ser postergado até a higienização da mãe.

- O recém-nascido pode ser secado com o cordão intacto, não sendo necessário realizar o banho logo após o nascimento.

- A amamentação também poderá ocorrer após os cuidados de higiene da parturiente e as medidas de prevenção da contaminação do recém-nascido, incluindo banho no leito, troca de máscara, touca, camisola e lençóis.

d) Mães com sintomas de síndrome gripal, as recomendações são:

- Manutenção de distância mínima de 1 metro e preferencialmente 2 metros entre o leito materno e o berço do recém-nascido.

- Uso de máscara pela mãe sintomática durante o contato para cuidados e durante toda a amamentação, precedida pela higienização adequada das mãos antes e após o contato com a criança.

e) Acompanhantes: garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, sugere-se a presença do acompanhante no caso de pessoa assintomática, com idade entre 18 e 59 anos e não contato domiciliar com pessoas com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por Sars-CoV-2.

Idealmente, TODAS as gestantes deveriam ter swab para PCR-RT colhido na internação para rastreamento e identificação de pacientes portadores assintomáticos, entretanto, sabemos que esta medida muitas vezes não será possível em muitos serviços.

Locais onde não se consegue obter a coleta do PCR-RT da mãe ou do bebê enfatizamos a importância do uso de máscara e higiene das mãos para todos envolvidos no cuidado a mãe e o recém-nascido e mesmo em mães sintomáticas os bebês devem permanecer no mesmo ambiente de suas mães respeitando as orientações acima de uso de máscara e lavagem das mãos durante amamentação e distanciamento de cerca de 2 metros quando não estiver amamentando.

Nas unidades envolvidas com atividades de ensino e pesquisa, em recém-nascidos de mães COVID-19 positivo ou mães sintomáticas, recomenda-se colher sorologia IgG e IgM do sangue de cordão e PCR obtido pelo Swab de hipofaringe nas primeiras 2 horas de vida e com 24h de nascimento, uma vez que ainda não existem relatos conclusivos a respeito da transmissão vertical.

Recomendamos que todas as condutas a serem tomadas sejam explicadas para a família que deve ser ouvida e estimulada a participar da decisão final sobre a conduta em relação a amamentação e separação mãe-bebê, especialmente nos casos de mães sintomáticas com quadro viral exuberante.

8.2.2 Orientações para o alojamento conjunto

- a) Manter sempre que possível o recém-nascido em alojamento conjunto, quando a mãe estiver em condições clínicas de cuidar, incentivando a amamentação.
- b) Incentivar o aleitamento materno orientando as condições de higiene adequada das mãos e uso de máscaras durante amamentação.
- c) Manter o recém-nascido no mesmo ambiente da mãe ressaltando o distanciamento mínimo de 1 metro e preferencialmente de 2 metros quando não estiver em aleitamento
- d) Ressaltar a importância do uso de máscara nos demais cuidadores do recém-nascido e da necessidade de higiene adequada das mãos antes e pós o manuseio do bebê.
- e) Em alojamento conjunto compartilhado, sugere-se avaliar sobre a presença de acompanhantes e evitar visitas, para redução do risco de transmissão do vírus e proteção à mãe e recém-nascido internados. Entretanto, nos locais em condição de promoção do distanciamento entre os internados, ou com acomodações privativas, recomenda-se a manutenção de acompanhante único, regular, desde que assintomático, com idade entre 18 e 59 anos e não contato domiciliar de pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por COVID-19.
- f) No caso de mãe com suspeita clínica ou confirmada de COVID-19, sugere-se a acomodação privativa com o recém-nascido, respeitando o distanciamento mínimo 1 metro e preferencialmente 2 metros entre o leito da mãe e o berço do recém-nascido. Alguns métodos alternativos para a proteção do RN podem ser considerados, como a utilização de incubadoras, em vez de berços. O aleitamento materno deverá ser promovido com aplicação das precauções recomendadas, como uso de máscaras e higienização das mãos. A alta hospitalar não deverá ser postergada além de 48-72 h.
- g) Não está indicada a triagem laboratorial para investigação de SARS-CoV-2 em RN assintomático cuja mãe tenha diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19.
- h) Nas situações em que a mãe ou o recém-nascido internado apresentem necessidade de permanência em acomodações de terapia intensiva, seguir as normas e protocolos vigentes.

8.2.3 Orientações para unidade neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) ⁶

- a) O contato pele a pele deve ser estimulado e realizado exclusivamente pela mãe assintomática e que não mantenha contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2.
- b) O aleitamento materno deve ser garantido, visto que os seus benefícios superam os potenciais riscos de transmissão da doença e que não existem evidências de transmissão por essa via.
- c) Recomenda-se a suspensão da discussão à beira do leito pela equipe que presta assistência, assim como todas as atividades coletivas realizadas na unidade neonatal.
- c) Mãe e pai sintomáticos ou contatos domiciliares de pessoa com síndrome gripal não devem entrar na UTIN/UCINCo até que o período de transmissibilidade do SARS-CoV-2 tenha se encerrado (14 dias).
- d) Sugere-se a realização de triagem diária para sintomatologia respiratória e síndrome gripal para pais e mães que visitam bebês em UTIN/UCINCo.
- e) A condução dos casos de desconforto respiratório em recém-nascidos (RN) prematuros deverá ser realizada de acordo com os protocolos vigentes.
- f) As instituições devem avaliar a suspensão da entrada nas UTIN, UCINCo e UCINCa de qualquer outra pessoa além do pai ou da mãe, ainda que assintomáticas e que não sejam contatos domiciliares com o intuito de evitar aglomerações nas unidades.
- g) Excepcionalmente, em caso de total impossibilidade do acesso e/ou permanência do pai e da mãe (óbito, internação prolongada na UTI), a família poderá indicar um(a) cuidador (a) substituto(a) assintomático, com idade entre 18 e 59 anos e que não seja contato domiciliar de pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2, que possa acompanhar o recém-nascido.
- h) As UCINCa não devem ser fechadas nem reduzidas e devem adotar cuidados com a prevenção de aglomerações e garantir o acesso apenas às pessoas assintomáticas e que não sejam contato domiciliar de pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por Sars-CoV-2.

⁶ BRASIL, 2020a.

i) Mães sintomáticas ou contactantes não poderão ser encaminhadas à UCINCa até que se tornem assintomáticas e tenham passado o período de transmissibilidade da COVID-19 (cerca de 14 dias). Devem ser apoiadas e auxiliadas na extração de leite para o próprio filho, considerando que não existem evidências de transmissão da doença por essa via. Poderão permanecer na UCINCa somente mães assintomáticas e não contactantes.

8.2.4 Planejamento de alta de recém-nascidos a termo em tempos de COVID-19

A alta da mãe-bebê deve ser sempre considerar a segurança da dupla e a prática do aleitamento materno assegurada. O momento da alta do recém-nascido cuja mãe não foi exposta ao vírus da COVID-19 deve ser decidida por um médico pediatra com base em critérios estritamente clínicos e envolvendo a família no processo de tomada de decisão.

Uma estadia hospitalar reduzida (menos de 48 horas após o nascimento) pode ser considerada para recém-nascidos a termo saudáveis; no entanto, essa não é uma opção para todas as mães e recém-nascidos. Ambos devem estar em bom estado geral, sem sinais de síndrome gripal que possa evoluir para insuficiência respiratória. Recomenda-se que esta não deve acontecer minimamente antes das 24 horas após o parto. A equipe da maternidade precisa esclarecer todas as dúvidas da mãe e seu acompanhante e garantir uma avaliação completa do RN (BRASIL, 2020d).

Alguns cuidados precisam ser tomados antes da alta de recém-nascidos a termo:

- Observar as condições da pega no momento da mamada (BRASIL, 2020d);
- O recém-nascido deve estar em condições clínicas adequadas e preferencialmente ter realizado os exames de triagens universais;
- A amamentação deve estar estabelecida com apojadura adequada da mãe;
- O grupo sanguíneo da mãe deve ser conhecido e anotado no prontuário e se icterícia for observada precocemente, medida ou medidas de bilirrubina precisam ser realizadas e registradas no prontuário;
- Um exame físico completo do recém-nascido deve ser feito pelo pediatra e anotado no prontuário (considerar a história obstétrica) e o recém-nascido deve estar urinando e ter tido pelo menos 1 eliminação de mecônio;
- Todas as orientações sobre cuidado ao recém-nascido principalmente as relacionados a amamentação devem ser fornecidas as mães e o contato pele a pele estimulado;

- Sugerir o transporte seguro para o domicílio, sempre que possível, evitando a utilização de transporte público coletivo;

- Devem ser evitadas as visitas sociais domiciliares à mãe e ao recém-nascido;

- Realizar contato telefônico com todos pacientes que tiveram, no momento da alta hospitalar, mães com resultado positivo para COVID-19. Esse contato deve ser feito a cada 48h até completar 14 dias de isolamento domiciliar; se a decisão for por alta antes de 48 horas de vida, é importante que este recém-nascido receba acompanhamento pela equipe de saúde da Atenção Primária nas primeiras 72 horas de vida para evitar reinternações, separação mãe-bebê e estresse materno. Em geral, as causas mais frequentes de reinternações são:

- Baixa ingesta, principalmente nos casos de parto por cesárea ou pré-termo tardio;

- Icterícia. Observar o grupo sanguíneo da mãe e do bebê principalmente se a mãe for RH negativo ou do grupo O. As causas mais frequentes de reinternações por icterícia são hipo-hidratação ou desidratação por alimentação insuficiente.

- Infecção

Ressaltamos que a liberação da puérpera com suspeita ou confirmação para COVID-19 no pós-parto vaginal ou pós-cesárea do ambiente hospitalar para sua residência, deve estar condicionada à uma situação clínica estável e situação social favorável, com orientações sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido, visando evitar complicações e propagação do vírus (BRASIL, 2020d).

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. FAQs: management of infants born to mothers with suspected or confirmed COVID-19. 2020. Disponível em: <[https:// services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/clinicalguidance/faqs-management-of-infantsborn-to-covid-19-mothers/](https://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/clinicalguidance/faqs-management-of-infantsborn-to-covid-19-mothers/)>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

BENITZ, W.E; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Hospital stay for healthy term newborns infants. *Pediatrics*, v. 135, p. 948-953, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 14/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção à Saúde do Recém-nascido no contexto da Infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), 05 ago. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica

nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19. Abr., 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Abr., 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica Nº 13/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Recomendação Acerca da Atenção Puerperal, Alta Segura e Contracepção Durante a Pandemia da COVID-19. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para acompanhantes e/ ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de COVID-19. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/26/>> Recomendacoes-para-acompanhantese-ou-visitantes-nos-servi--os.pdf. Acesso em 11 de agosto de 2020e.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Breastfeeding when mothers have suspected or proven COVID-19. 2020. Disponível em: <<https://www.cps.ca/en/documents/position/www.aappublications.org/news-by-guest-on-august-1-2020-when-mothers-have-suspected-or-proven-covid-19>>. Acesso em: 30 Jul. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Care for Breastfeeding Women: Interim Guidance on Breastfeeding and Breast Milk Feeds in the Context of COVID-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/care-for-breastfeeding-women.html>. Acesso em 11 de agosto de 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Consideration for inpatient obstetric healthcare settings. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatientobstetric-healthcare-guidance.html>>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

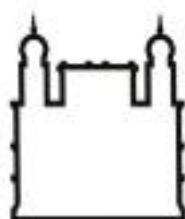
CHEN D, Y.H. et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynaecol Obstet*, v.149, n. 2, p. 130–136, 2020.

CHEN, H. et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*, v. 395, n. 10226, p. 809–815, 2020.

DAVANZO, R. et al. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Matern Child Nutr*, v. 16, n. 3, p. 13010, 2020.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. COVID-19 e Aleitamento Materno: orientações do MS, SBP e rBLH. FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da

- Criança e do Adolescente, 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-aleitamento-materno>>. Acesso em: 3 Ago. 2020.
- GUPTA, M.; ZUPANCIC, J.A.F.; PURSLEY, D.M. Caring for Newborns Born to Mothers With COVID-19: More Questions Than Answers. *Pediatrics*, v. 146, n. 2, Ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Clinical management of COVID-19. WHO, 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novelcoronavirus-\(ncov\)-infection-issuspected](https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novelcoronavirus-(ncov)-infection-issuspected)>. Acesso em: 30 Jul. 2020
- PERLMAN J.et al. Delivery room preparedness and early neonatal outcomes during COVID-19 pandemic in New York City. *Pediatrics*, v. 146, n. 2, 2020.
- PORTAL PEBMED. Covid-19: Recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre aleitamento materno. 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/covid-19-recomendacoes-da-sociedade-brasileira-de-pediatria-sobre-aleitamento-materno/>>. Acesso em: 2 Ago. 2020.
- ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH. COVID-19: guidance for neonatal settings. 2020. Disponível em: <<https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-guidance-neonatalsettings#breastfeeding-by-covid-19-suspected-or-confirmed-mothers>>. Acesso em: 31 Jul. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada – Atualização 2. [Nota de alerta]. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22499c-NA-Assist_RN_SalaParto_de_mae_com_COVID-19.pdf>. Acesso em: 9 Ago. 2020.
- TAKEMOTO, M.L.S. et al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J of Gynecol & Obstetrics*, Jul. 9, 2020.
- WANG, L. et al. Working Committee on Perinatal and Neonatal Management for the Prevention and Control of the 2019 Novel Coronavirus Infection. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (first edition). *Ann Transl Med.* v. 8, n. 3, p. 47, 2020.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE