

COVID-19: contextualização e análise de relato de caso

RESUMO

Comumente, as infecções pelo SARS-CoV-2 causam sintomas respiratórios. Em casos mais graves, a infecção pode causar pneumonia, síndrome respiratória aguda grave, insuficiência renal e até a morte, com impacto extraordinário na saúde pública. As medidas preventivas à contaminação são relativamente simples, como lavar as mãos frequentemente com água e sabonete e usar um desinfetante para as mãos à base de álcool. Evitar tocar nos olhos, nariz e boca. Evitar contato próximo com pessoas doentes. Ficar em casa quando estiver doente ou suspeita. Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência. Esse estudo é de caráter narrativo, descritivo e reflexivo sobre o COVID-19 e relato de dois casos positivos para COVID-19. O objetivo é divulgar o maior número de informações para a comunidade científica e população para ficarem atentos quanto aos cuidados, sintomas e diagnóstico da COVID-19 e alertar quanto às complicações e grupos mais vulneráveis. Diante dessas informações a população e profissionais da saúde estarão embasadas em informações confiáveis e informados quanto ao melhor procedimento diante de suspeita do coronavírus e conhecer casos de pessoas que positivaram para a COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Coronavírus. SARS-CoV-2. Sintomas.

João Luiz Coelho Ribas
jcribas@yahoo.com.br
Universidade Positivo

Eliana Rezende Adami
eliana.adami@up.edu.br
Universidade Positivo;
Universidade Federal do Paraná;
Centro Universitário
UniDombosco;
Universitário Andrade-
UNIANDRADE

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, cujo nome científico é SARS-CoV-2 foi detectado em dezembro de 2019, após os primeiros casos registrados na China (CABRAL et al., 2020). Em 7 de maio de 2020 foram confirmados 3.784.085 casos da pandemia de coronavírus em 187 países, sendo que mais de 264.679 pessoas foram a óbito em decorrência deste vírus (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020, CABRAL et al., 2020). De acordo com o Coronavirus Resource Center da Universidade de Johns Hopkins nos Estados Unidos (em 07/05/2020 às 14:12) são os que apresentam maior número de casos no mundo 1.231.992 infectados, seguidos pela Espanha com 220.325, em terceiro se encontra a Itália com 214.457, enquanto que no Brasil foram registrados 127.389 casos confirmados (BBC, 2020; JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020).

Os primeiros casos de coronavírus em humanos foram identificados e isolados em 1937, porém somente em 1965 o vírus foi denominado por coronavírus, devido ao seu perfil microscópico parecer com uma coroa. Comumente, as infecções pelo SARS-CoV-2 causam sintomas respiratórios, febre, tosse, falta de ar e dificuldades respiratórias, embora algumas pessoas infectadas tenham sido declaradas assintomáticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Em casos mais graves, a infecção pode causar pneumonia, síndrome respiratória aguda grave, insuficiência renal e até a morte, com impacto extraordinário em termos de saúde pública (WHO, 2020).

A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 20 de março de 2020, foi considerado a transmissão comunitária do novo Corona em todo o território brasileiro. Devido a isso, em caráter de emergência, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (MS, 2020).

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas foi criado em 2000 para realizar o monitoramento do vírus influenza a partir da Vigilância Sentinela de Síndromes Gripais (SG). Em 2009, após a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, foi incorporada a Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Agora foi adicionado o Corona, cujo objetivo é compreender o impacto dessa doença no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda não é possível afirmar se o coronavírus permanecerá endêmico ou se desaparecerá após a pandemia.

O Corona apresenta um período de incubação entre os primeiros sintomas aparecerem desde a infecção por coronavírus, que pode variar entre dois a 14 dias. A transmissão ocorre apenas durante a persistência dos sintomas. Durante o período de incubação e casos assintomáticos não são contagiosos (WHO, 2020).

A transmissão está relacionada a contaminação por gotículas respiratórias ou contato através de gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão, contato com objetos ou superfícies

contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos. A transmissão ocorre em média de 7 dias após o início dos sintomas, mas pode ocorrer mesmo sem a transmissão de sintomas. Qualquer pessoa que tenha contato próximo (cerca de um metro) com alguém com sintomas respiratórios está em risco de ser exposta à infecção. O período médio de incubação por coronavírus é de cinco dias, com intervalos que chegam a 12 dias, período em que os primeiros sintomas levam para aparecer desde a infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As medidas preventivas são lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por pelo menos 20 segundos, respeitando os cinco momentos de higienização. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool. Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas. Evitar contato próximo com pessoas doentes. Ficar em casa quando estiver doente ou suspeita. Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência (WHO, 2020).

Os profissionais de saúde devem utilizar medidas de precaução padrão, de contato e de gotículas (máscara cirúrgica, luvas, avental não estéril e óculos de proteção). Para a realização de procedimentos que gerem aerossolização de secreções respiratórias como intubação, aspiração de vias aéreas ou indução de escarro, deverá ser utilizada precaução por aerossóis, com uso de máscara N95 (WHO, 2020, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O tratamento farmacoterapêutico ainda não está definido. Indica-se repouso e consumo de bastante água, além de algumas medidas adotadas para aliviar os sintomas, conforme cada caso, como usos de antitérmicos e analgésicos, mais uso de umidificador no quarto ou tomar banho quente para auxiliar no alívio da dor de garganta e tosse. Assim que os primeiros sintomas surgirem, é fundamental procurar ajuda médica imediata para confirmar diagnóstico e iniciar o tratamento. Está sendo proposto o uso de medicamentos, com estudos realizados *in vitro* e alguns em pacientes, mas ainda, não tem nada definido, muitas instituições estão pesquisando vacinas, com resultados promissores no tratamento da Covid-19.

O diagnóstico do coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). É necessária a coleta de duas amostras na suspeita do coronavírus, sendo necessário para confirmar a doença a realização do teste de PCR pela detecção do RNA viral. O diagnóstico do coronavírus é feito com a coleta de amostra, que está indicada sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito.

São condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações:

- Pessoas com 60 anos ou mais;
- Cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias, hipertensão arterial sistêmica descompensada);
- Pneumopatas graves ou descompensados (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodeprimidos;
- Doentes renais crônicos em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);

- Diabéticos, conforme juízo clínico;
- Gestantes de alto risco (OMS, 2020)

No Brasil até hoje, dia 7 de maio de 2020, foram confirmados 127.389 casos, sendo notificados 8.605 mortes apresentando uma taxa de letalidade de 6,8 % (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O total de casos vem crescendo, e é importante ressaltar que existem problemas de subnotificações, pois grande parte das pessoas, não estão realizando testes. No Paraná foram registrados 1.627 casos positivos para o coronavírus, 101 mortes, e a taxa de mortalidade de 9 %. Em Curitiba são 673 casos com 27 mortes (7/05/20 às 14:48) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Assim o objetivo desse estudo é elaborar e avaliar um relato de casos, contextualizando as informações mais recentes e divulgar conhecimento embasado com o maior número de informações para a comunidade científica e população, no sentido de ficarem atentos quanto aos cuidados, sintomas e diagnóstico do COVID-19 e alertar quanto às complicações e grupos mais vulneráveis.

O estudo apresenta caráter narrativo, descritivo e reflexivo com parecer consubstanciado sob número 3.978.735 pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Positivo, Curitiba, Paraná.

RELATO DE CASO

Paciente WW, 51 anos e 8 meses, foi internado dia 19 de março de 2020 com quadro de dispnéia e febre. Histórico de viagem internacional recente. TC da admissão com imagem em vidro fosco bilateral, sugestivo de pneumonia viral. Foi internado em regime de Unidade de Tratamento Intensiva (UTI) para a monitorização do padrão ventilado. Iniciado manejo clínico e medicamentoso para possível infecção de COVID-19 e coletado painel viral. Durante o internamento foi medicado com Rocefin uma grama (g) frasco/ampola (Ceftriaxona), glicose 50% ampola 10 mililitros (ml), Clexane 40 miligramas (mg) seringa com 0,4 ml (Enoxaparina), Azitromicina 500 mg comprimido, Levaflox 500 mg bolsa 100 ml (Levofloxacino), Tamiflu 75 mg (Oseltamivir). O paciente apresentou resultados laboratoriais, conforme quadro 1 e resultados de bioimpedância, demonstrado no quadro 2.

Exame de COVID-19: Foi coletado, no dia 16 de março de 2020, o material secreção nasofaríngea, utilizando o kit CDC – vírus respiratórios (CDC-Atlanta/EUA), transportado em material de transporte viral e encaminhado até o laboratório. Foi realizado o método de RT-PCR em tempo real, foram pesquisados os seguintes vírus: Adenovírus humano, Bocavírus humano, Coronavírus humano OC43, Coronavírus humano 229E, Coronavírus humano NL63, Enterovírus, Metapneumovírus humano, Parainfluenza humano tipo 1, Parainfluenza humano tipo 2, Parainfluenza humano tipo 3, Rinovírus humano e Vírus sincial respiratório. O resultado foi liberado no dia 25/03/2020 como detectável para o Coronavírus SARS-CoV2. A amostra foi testada para detecção de SARS-CoV-2 pelo protocolo Charité University of Berlim (Kit SARS-CoV-s (E/P1) – Bio-Manguinhos).

Quadro 1: Exames Laboratoriais

	16/03/2020	19/03/2020	20/03/2020
Eritrograma			
Eritrócitos (milhões/mm ³)	4,69	4,20	4,20
Hemoglobina (g/dL)	15,9	14,3	14,5
Hematócrito (%)	45,0	39,3	39,5
VCM (fL)	96,00	94,00	93,7
HCM (pg)	33,80	34,30	34,4
CHCM (g/dL)	35,30	36,50	36,7
RDW (%)	13,30	12,50	12,3
Leucograma			
Total Leucócitos (mm ³)	4,400	4,200	4,100
Melócitos (mm ³)	0,00	0,00	0,00
Metamielócito (mm ³)	0,00	0,00	0,00
Neutrófilo (mm ³)	3,300 (75%)	3,444 (82%)	3,239 (79%)
Bastonetes	396 (9%)	210 (5%)	123 (3%)
Segmentados	2,904 (66%)	3,234 (77%)	3,116 (76%)
Linfócito (mm ³)	704 (16%)	462 (11%)	615 (15%)
Linfócito atípico (mm ³)	88 (2%)	0,00	0,00
Monócito (mm ³)	308 (7%)	252 (6%)	246 (6%)
Eosinófilo (mm ³)	0,00	0,00	0,00
Plaquetas (mm ³)	124,000	80,000	80,000
Bioquímica			
Creatinina (mg/dL)	ND	1,37	1,08
Aspartato aminotransferase (UI/L)	ND	38,00	ND
Alanina aminotransferase (UI/L)	ND	29,00	ND
Amilase (UI/L)	ND	30,00	ND
Gama Glutamil transferase – GGT (UI/L)	ND	54,00	ND
Proteína C reativa (PCR) (mg/L)	12,530	106,50	114,8
Uréia (mg/dL)	ND	44,20	37,5
Albumina (g/dL)	ND	ND	ND
Bilirubina total (mg/dL)	ND	0,46	0,46
Bilirubina direta (mg/dL)	ND	0,24	0,24
Bilirubina indireta (mg/dL)	ND	0,22	0,22
Cálcio iônico (mg/dL)	ND	1,02	1,01
Fosfatase alcalina (U/L)	ND	43	ND
Deidrogenase láctica (U/L)	ND	ND	ND
Potássio (mEq/L)	ND	3,8	3,8
Sódio (mEq/L)	ND	131,00	131
Cloreto (mEq/L)	ND	100,00	ND
Ferro (µg/dL)	37,50	ND	ND
Magnésio (mg/dL)	1,9	ND	ND
Zinco (mcg/dL)	78	ND	ND
Colesterol total (mg/dL)	160,00	ND	ND
HDL colesterol (mg/dL)	35,90	ND	ND
Triglicerídeos (mg/dL)	135,00	ND	ND
Índice de Castelli I	4,46	ND	ND
Índice de Castelli II	2,53	ND	ND
Imunoglobulina A (mg/dL)	502,00	ND	ND
Ácido úrico (mg/dL)	7,1	ND	ND
Ferritina (ng/dL)	182,1	ND	ND
Ácido Fólico (ng/mL)	>23, 2	ND	ND
Vitamina B12 (pg/mL)	705	ND	ND
Vitamina D (25 Hidroxi) (ng/mL)	115,8	ND	ND
TSH ultra Sensível (uIU/mL)	2,277	ND	ND
T4 Livre – Tiroxina livre (ng/dL)	0,77	ND	ND

Quadro 2: Resultados de Bioimpedância

	09/01/20	07/04/20
Peso	106,2 Kg	99,1 Kg
Massa muscular	53,0 kg	48,7 kg
Massa de gordura do corpo	15,1 kg	14,8 kg
IMC	30,4 kg / m ²	28,3 kg / m ²
Porcentagem de gordura corporal (PGC)	14,3 kg	14,9 kg

Fonte: Resultados laboratoriais e de bioimpedância fornecidos pelo Paciente WW, 2020.

Relato descrito pelo WW

“Viajei para a Turquia e Indonésia, permanecendo 3 dias na Turquia e 11 na Indonésia, sendo que destes, 8 dias fiquei hospedado num barco de mergulho com mais 10 pessoas, navegando e mergulhando em direção a Raja Ampat. Fiz cerca de 24 mergulhos de uma hora em média. Na volta foram mais de 50 horas de aeroporto. Escala de 6 horas em Jakarta e de 7 horas em Istambul, em Istambul fiquei num *lounge vip* da *Mastercard*, onde tinha vários buffets de diversas comidas e bebidas. O *lounge* frequentado por pessoas do mundo todo. Desconfio que seria o local de mais fácil contaminação, pois os buffets não tinham proteção nenhuma, pessoal falando por cima e tal.

Voltei dia 3 de março, em Curitiba: dia 13 tive a primeira febre, dia 14 e 15 a febre já estava alta, passando de 38,5º C. Nos próximos dias a temperatura aumentou para até 39º C, dor no corpo, forte prostração, perda de olfato e paladar, tosse seca e garganta levemente irritada. Como não tinham exame para a Covid na rede particular, procurei UPA B. V. para fazer o exame. Diante do quadro, a coleta foi feita.

No dia 19, havia uma irritação nos brônquios, não falta de ar, mas um desconforto para respirar, principalmente numa inspiração um pouco mais profunda, que ao ser feita, resultava em dor no pulmão e vontade de tossir, só que sem secreção alguma. Devido a este desconforto a respiração acaba sendo mais curta e frequente. Ficamos preocupado e procuramos o Hospital M. C. para fazer uma tomografia. Relatado o quadro, o médico solicitou e tomografia imediatamente.

Ao ver as imagens, providenciou o internamento imediatamente em UTI, pois havia risco de piora e necessidade em entubação a qualquer momento. Segundo relatou, a evolução para dispneia grave pode ser muito rápida, questão de horas e a necessidade era estar na UTI para ficar em observação e com todos sinais vitais monitorados. Durante o internamento, a febre permaneceu controlada, temperatura normal ou leve febre. Desconforto respiratório com muita tosse seca. Ao longo da internação o quadro ficou estável, não havendo sinais de piora. Foram realizados dois raios x no leito, os médicos estavam preocupados, pois as imagens sugeriam a possibilidade de entubar, mas saturação estava boa, os exames de gasometria também aceitáveis. Ou seja, eu deveria estar com falta de ar, mas eu não estava. Nas entrevistas sobre meu estado de saúde, relatos de atividades físicas, eles teorizaram que devido a minha atividade constante de mergulho

autônomo, eu teria uma capacidade pulmonar extra, que segurou a onda da oxigenação.

Diante do quadro estável, sem febre, decidiram dar alta, me liberando para casa, para ficar em isolamento e com toda orientação de sintomas para necessidade de voltar ao hospital. Nos próximos cinco dias, o desconforto e irritação respiratória permaneceu, principalmente para dormir, devido a posição horizontal. Muita tosse seca, febre baixa esporádica, menor que 37,4º C. Após isto, os sintomas pulmonares foram melhorando, ficou normal para dormir.

Só ocorria desconforto em inspiração muito profunda. Após saída do isolamento este desconforto passou também. O que restou, foi consequência da pneumonia viral. Consigo fazer caminhadas longas até oito quilômetros (km), em torno de 6,5 /7 km /hora. Mas se tento correr, mesmo em trote leve, em cerca de 200 a 300 metros fico sem fôlego. Mas isto tem melhorado ao longo dos dias também. É normal, esta recuperação completa pode demorar até dois meses”.

DISCUSSÕES

Os sintomas mais comuns dos pacientes com COVID-19 são febre, fadiga, tosse e expectoração, perda de olfato e paladar, tosse seca e irritação da garganta, estes sintomas estão de acordo com sintomas relatados pelo paciente do estudo. Segundo artigos publicados com 656 pacientes diagnosticados positivos para COVID-19, com o objetivo de enumerar os principais resultados clínicos, laboratoriais e de imagem (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020), eles relatam que 88,7 % dos casos apresentaram como sintomatologia principal febre, o que foi constatado no paciente em estudo que chegou a apresentar até 39º C.

Outro sintoma importante, relatado por 57,6 % dos pacientes, também foi visto no paciente em questão que apresentou tosse seca. Entre os sintomas mais prevalentes encontra-se a dispneia com 45,6 %, o que também foi destacado pelo paciente do relato. Assim como 20,3 % dos pacientes necessitaram de internação em uma Unidade de Tratamento Intensiva (UTI) o paciente em estudo também precisou ficar por alguns dias na UTI, apesar da dificuldade respiratória, não precisou ser entubado como 32,8 % que apresentou síndrome de tensão respiratória mais profunda (SDRA).

A falta de ar descrita para 35% dos participantes da metanálise, também faz parte dos sintomas descritos pelo paciente assim como cansaço e fraqueza o que estão de acordo com estudo realizado em 3062 pacientes, no qual fadiga foi constatado em 46% dos pacientes. Outros sintomas comuns incluíram dor muscular (33%) foi comum pois, a paciente em questão demonstrou dores musculares, assim como perda do paladar e olfato resultando em falta de apetite o que foi relatado como anorexia em 38,8%. O paciente não relatou aperto no peito, contrário a 35,7% dos pacientes que relataram esse desconforto. O paciente em questão não relatou cefaleia, contrariamente a 15,4% dos pacientes que apresentaram dor de cabeça (OLIVEIRA, 2020).

Em relação aos exames laboratoriais o paciente em estudo apresentou alterações na série vermelha, onde foi verificado uma diminuição dos níveis de eritrócitos 10,44 %, hemoglobina em 10,0 % e hematócrito em 12,67 % quando comparados com os exames realizados no dia 16 de março de 2020, esses resultados se mantiveram no dia posterior. A redução da série vermelha,

principalmente hemoglobina pode estar relacionada com a falta de ar e dificuldade respiratória relatada pelo paciente, pois estando em concentração diminuída carregaria menos moléculas de oxigênio, estudos publicados por Wenzhong e Hualan (2020) relatam que a COVID provoca danos na hemoglobina, liberando o ferro, que na forma livre pode depositar nos pulmões, causando as manchas em “vídeo fosco” muito comum no diagnóstico da COVID-19.

Os resultados do leucograma, o paciente apresentou uma leve diminuição de 4,54%, níveis praticamente insignificantes, o que corrobora com 69,7% de resultado de outros pacientes (OLIVEIRA, 2020). Em estudos prévios 56,5% dos pacientes apresentaram linfopenia, corroborando com os resultados do paciente em estudo apresentou uma diminuição de 31,25% dos linfócitos quando comparados em exames realizados três dias antes da confirmação por COVID-19, aumentando aos níveis para 33,12%, um dia depois da hospitalização. Em relação as plaquetas, foi verificado uma diminuição de 35,48 % em relação aos resultados anteriores evidenciando que a COVID-19 pode provocar trombocitopenia, o que é corroborado por estudos que mostram que a maioria dos pacientes apresenta diminuição das plaquetas (OLIVEIRA, 2020).

No perfil bioquímico o paciente apresentou elevação da creatinina, o que está de acordo com estudos que mostram que 25,5% dos pacientes apresentam alteração da função renal. No caso o resultado de creatinina, um dia depois voltou aos níveis normais. Um dos resultados que se destacou foi a Proteína C Reativa (PCR) que chegou a aumentar de forma significativamente para 849,96% quando comparada com os exames anteriores e se manteve aumentando no dia posterior. Esses resultados concordam com 73,6% dos pacientes em estudos que apresentaram níveis elevados de proteína C reativa (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020).

Em relação aos resultados de bioimpedância o paciente mostrou uma perda de peso de 6,69% em relação aos exames realizados no dia 9 de janeiro de 2020, além da diminuição da massa magra em 8,11%, do Índice de Massa Corporal (IMC) em 6,91 % e aumento de 4,2 % de massa de gordura. Demonstrando que o vírus por causar perda de olfato e paladar levando ao emagrecimento e a diminuição da massa magra e ganho de gordura.

Recebeu alta dia 21 de março de 2020 com as seguintes recomendações: retornar ao pronto atendimento em caso de febre (temperatura superior a 37,8º C, dor persistente apesar do uso das medicações prescritas, falta de ar, retorno ou piora dos sintomas que o levaram a internação, sinais e sintomas de intolerância relacionada ao uso da medicação prescrita. Seguir orientação de isolamento social, conforme documentação enviada aos familiares e pacientes. No dia 25 de março de 2020, recebeu os resultados do exame confirmando positivo para a COVID-19.

Os sintomas mais comuns dos pacientes com COVID-19 são febre, fadiga, tosse e expectoração, e estão de acordo aqueles relatados pelo paciente em estudo. O paciente ainda apresenta sintomas de desconforto respiratório, principalmente ao correr, mas está voltando suas atividades de mergulho e prática de exercícios com moderação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que todos contribuam para o combate à pandemia, não somente os profissionais de saúde, que são a linha de frente, mas é essencial que a população contribua de forma consciente no sentido de prevenir evitando a propagação da COVID-19. Os sintomas podem se manifestar de forma leve, mas dependendo da suscetibilidade, grupo de risco e condições do sistema imunológico do indivíduo podem agravar, levando o paciente a óbito. Devido a isso, se torna cada vez mais necessário estimular as discussões sobre essa problemática crescente, trazendo experiências clínicas-laboratoriais de pessoas infectadas e que tiveram as formas mais leves do desenvolvimento dessa doença.

COVID-19: contextualization and case report analysis

ABSTRACT

Commonly, infections with SARS-CoV-2 cause respiratory symptoms. In more severe cases, an infection can cause pneumonia, acute respiratory syndrome, kidney failure and even death, with an extraordinary impact on public health. As preventive measures of contamination are relatively simple, such as washing your hands frequently with soap and water and using an alcohol-based hand sanitizer. Avoid touching the eyes, nose and mouth. Avoid close contact with sick people. Stay home when you are sick or suspect. Cover your mouth and nose when playing or sneezing with a tissue. Clean and disinfect frequently touched objects and surfaces. This study is of a narrative, descriptive and reflective characters about COVID-19. It lists two positive cases for COVID-19, whose objective is to disseminate the greatest amount of information to a scientific community and the population, symptoms and diagnosis of COVID-19 and warns of complications for the most vulnerable groups. Given this information, the population and health professionals, based on information, best procedures can suspect coronavirus presence and to communicate cases of people who are positive for COVID-19.

KEYWORDS: COVID-19. Coronavirus. SARS-CoV-2. Symptoms.

AGRADECIMENTOS

Ao paciente WW, que aceitou prontamente a participar do estudo e descrever ricamente o caso, contribuindo e enriquecendo a ciência.

REFERÊNCIAS

BBC. Coronavirus: A visual guide to the pandemic. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/world-51235105>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico - Aids XIII, nº 1 - Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 - dezembro/1999 a junho/2000. Brasília, 2000.

CABRAL, Ruan Benedito Gaia et al. Estudo inicial sobre a evolução do novo CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) no estado do Pará (Brasil), no período entre 17/03/2020 e 06/04/2020/*Initial study on the evolution of the new CORONAVIRUS (SARS-COV-2) in the state of Pará (Brazil), in the period between 03/17/2020 and 06/04/2020*. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2914-2931, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. Coronavirus Resource Center. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

OLIVEIRA, Hugo Macedo Jr. A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **J Hum Growth Dev**, v. 30, n. 1, p. 135-140, 2020.

RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso J. et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Travel medicine and infectious disease**, p. 101623, 2020.

World Health Organization (WHO). Frequently asked questions on Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Disponível em: <https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/faq/en/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WENZHONG, L.; HUALAN, L. COVID-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. ChemRxiv 2020. Preprint. <<https://doi.org/10.26434/chemrxiv>>.

Recebido: 08/05/2020

Aprovado: 01/08/2020

DOI: 10.3895/rts.v16n44.12244

Como citar: RIBAS, J. L. C.; ADAMI, E. R. COVID-19: contextualização e análise de relato de caso. **R. Tecnol. Soc.**, Curitiba, v. 16, n. 44, p. 99-110, ed. esp. 2020. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/12244>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

