



INDICAÇÃO Nº , DE 2020

(Autoria: do Senhor Deputado Agaciel Maia)

"Sugere ao Excelentíssimo Senhor Governador do Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a instituição da Política de Diagnóstico e Tratamento do COVID-19 no Distrito Federal. "

A CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, nos termos do art. 143 do Regimento Interno, sugere ao Excelentíssimo Senhor Governador do Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a instituição de uma "Política de Diagnóstico e Tratamento do COVID-19 no Distrito Federal", onde a Secretaria de Estado de Saúde, deverá separar, de todos pacientes com diagnóstico confirmado para covid19 e, de pacientes ainda sem diagnóstico confirmado, porém com sintomatologia progressiva para covid19, de forma rápida e segura, **os casos considerados graves**, para tanto, deverá realizar Tomografia Computadorizada de Tórax, para rastreamento de comprometimento pulmonar e predição de gravidade, visando acompanhamento e determinação de tratamento hospitalar, principalmente no que tange a necessidade de leitos de enfermaria e de UTI.

Os resultados deverão ser entregues no prazo máximo de 03 (três) horas, por meio de software específico para esse fim, que disponibilize imagens e laudos e, a Secretaria de Estado de Saúde deverá disponibilizar meios, para que os exames de Tomografia Computadorizada do Tórax sejam realizados em todas as Regiões Administrativas do Distrito Federal.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal deverá utilizar metodologia que possibilite a identificação e mapeamento dos casos, para tanto, deverá habilitar software específico, que deverá fazer coleta de todos os dados inerentes a pacientes como: datas, locais, bem como a evolução clínica, mantendo "just in time" os desencadeamentos profiláticos da evolução epidemiológica.

JUSTIFICAÇÃO

No final de 2019, um novo coronavírus - *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) - foi identificado como agente causador de um surto de pneumonias na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Foi encontrada uma associação entre os primeiros casos e um mercado local de comida, que vendia animais vivos, onde a maior parte dos pacientes havia estado a trabalho ou em visita.

A disseminação foi rápida, resultando em uma epidemia, cuja forma principal de transmissão passou a ser de pessoa para pessoa, por via respiratória ou após tocar em superfícies contaminadas e, em seguida, nos olhos, nariz ou boca. Essa epidemia se alastrou para outros continentes, e a doença passou a ser chamada de coronavírus *disease 2019*

(COVID-19). Desde então, novos casos começaram a ser descritos em outros países, inicialmente em indivíduos que viajaram para a China e em pessoas que tiveram contato com esses, sendo posteriormente documentados surtos relacionados à transmissão local.(1-4) Atualmente, a doença é considerada uma pandemia.

O espectro da apresentação clínica é amplo, desde assintomáticos até pacientes com doença crítica. A maior parte das infecções pulmonares é leve, porém formas graves ou críticas são também descritas, especialmente em idosos e indivíduos com comorbidades, podendo cursar com dispneia, hipoxemia, grande envolvimento pulmonar nos estudos por imagem, insuficiência respiratória, choque e insuficiência de múltiplos órgãos. A mortalidade estimada na China foi de 2,3%, com a maior parte dos casos fatais tendo ocorrido em pacientes idosos ou com comorbidades (doença cardiovascular, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, hipertensão e câncer). No entanto, os índices de mortalidade descritos variam em diferentes populações; na Itália, por exemplo, onde a idade média da população atingida é mais elevada, a mortalidade descrita atualmente é de aproximadamente 5,8%.

A possibilidade de COVID-19 deve ser considerada em pacientes sintomáticos, que nos últimos 14 dias tenham apresentado contato próximo com um caso suspeito ou confirmado de COVID-19, que tenham estado em áreas onde a transmissão disseminada tenha sido documentada, ou que tenham tido potencial exposição por participação em eventos ou por terem estado em locais em que casos de COVID-19 foram descritos. Entre as manifestações clínicas mais comumente descritas, encontram-se febre, fadiga, tosse seca, anorexia, mialgia, dispneia e produção de catarro.

A confirmação diagnóstica se dá a partir da detecção do RNA do SARS-CoV-2 por *reverse-transcriptase polymerase chain reaction* (RT-PCR, reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) em material colhido da nasofaringe ou da orofaringe. No entanto, se esse teste for negativo e a suspeita clínica for alta, a recomendação é de que ele seja realizado novamente, inclusive em material obtido de outros sítios respiratórios. Também vale ressaltar o valor de se fazer o teste para outros vírus, que podem se apresentar clinicamente de forma semelhante.

Foram publicados múltiplos artigos relatando os achados tomográficos dessa condição, mesmo em pacientes com resultado de RT-PCR negativo, despertando o interesse em relação ao papel da TC no cenário clínico atual. O Colégio Americano de Radiologia e o Colégio Brasileiro de Radiologia recomendam que a TC do tórax seja utilizada em pacientes hospitalizados, com sintomas de pneumonia e com indicação clínica específica para tanto; é importante pontuar que ambos não recomendam a utilização da TC para o rastreamento da doença nem como teste de primeira escolha para o diagnóstico de COVID-19. Porém, a tomografia computadorizada de alta resolução do tórax é um excelente instrumento de avaliação do comprometimento pulmonar, e serve principalmente para rastreamento de pacientes com sintomatologia crítica e gravidade da doença. Portanto uma política pública que foque em detectar casos potencialmente graves da doença, para acompanhamento e determinação de tratamento hospitalar, principalmente no que tange a necessidade de leitos de enfermaria e de UTI.

A TC do tórax pode ajudar no diagnóstico dessa doença, porém não pode isoladamente confirmá-lo nem excluí-lo. Quando utilizada a RT-PCR como referência, a TC do tórax apresenta alta sensibilidade (97%), porém baixa especificidade (25%), dada a sobreposição dos achados com infecções pulmonares de diferentes etiologias.

Em relação aos achados tomográficos mais frequentemente observados nos casos de COVID-19, encontram-se as opacidades pulmonares em vidro fosco e, ocasionalmente, consolidações, com distribuição predominantemente periférica, por vezes associadas a reticulado fino (configurando o padrão de pavimentação em mosaico), espessamento vascular e o sinal do halo invertido. São menos frequentes o acometimento central do parênquima ou a presença de nódulos, cavidades, linfonodomegalias ou derrame pleural. É aventado que o sinal do halo invertido, descrito por alguns autores, indique a possibilidade de pneumonia em organização como um dos mecanismos de lesão pulmonar.

Pelo fato de as opacidades em vidro fosco representarem o principal achado de imagem da doença, a radiografia de tórax tem um papel menos importante na avaliação por imagem, uma vez que a sensibilidade do método para a detecção desse tipo de opacidade é baixa. No entanto, naturalmente, a radiografia pode ser útil no acompanhamento de pacientes internados, inclusive em UTIs, por ser um exame amplamente disponível, rápido e de baixo custo, que possibilita um monitoramento, embora menos refinado, mais frequente (às vezes diário) da extensão do envolvimento pulmonar na doença.

Foi demonstrado que indivíduos assintomáticos podem apresentar achados pulmonares (dissociação clínico-radiológica), porém com menor frequência que os pacientes sintomáticos e, geralmente, com menor extensão do acometimento e predomínio de opacidades em vidro fosco. Pacientes sintomáticos, por sua vez, apresentam mais frequentemente achados pulmonares, com predomínio de consolidações e maior extensão do acometimento parenquimatoso.

Apesar da variedade de apresentações, evolutivamente, de forma geral, tem sido descrito que, nos primeiros 4 dias após o início dos sintomas, predomina o padrão de opacidades em vidro fosco. Entre o 5º e o 8º dias, há um aumento da extensão do acometimento pulmonar, com o aparecimento de pavimentação em mosaico e consolidações. Entre o 9º e o 13º dias, quando costuma ocorrer o pico dos achados tomográficos, nota-se o predomínio de consolidações, e, após o 14º dia a partir do início dos sintomas, começa a ocorrer a reabsorção das consolidações, o padrão de pavimentação em mosaico tende a regredir, porém podem persistir opacidades em vidro fosco. A resolução dos achados costuma ser relativamente lenta, estendendo-se por aproximadamente 30 dias, sendo descritas alterações cicatriciais no parênquima pulmonar.

Ainda que os achados tomográficos mais frequentes na COVID-19 se sobreponham aos observados em infecções pulmonares causadas por outros agentes (particularmente outros vírus), e que o diagnóstico definitivo deva idealmente ser realizado mediante a utilização da RT-PCR, dada a magnitude alcançada pela doença nos últimos meses, classificada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, é fundamental que clínicos e radiologistas estejam familiarizados com as formas mais comuns de apresentação por imagem da COVID-19, assim como com a evolução esperada dos achados, de modo que possam contribuir para a identificação mais precoce dos casos e, conseqüentemente, redução das conseqüências e da taxa de mortalidade da doença.

Alguns escores vêm sendo desenvolvidos no intuito de se padronizar a quantificação do grau de comprometimento pulmonar, uma vez que a análise é subjetiva. Em um estudo realizado na cidade de Wuhan, epicentro da pandemia, cientistas propuseram um modelo de escore tomográfico, comparando o exame de admissão em pacientes que sobreviveram e que evoluíram para óbito, e concluíram que o escore era maior no grupo que evoluiu desfavoravelmente. Tal estudo sugere um valor de alerta que pode auxiliar na triagem dos pacientes sintomáticos respiratórios, e otimizar a conduta em relação aos pacientes com possível evolução desfavorável.

Diante de todo exposto, é necessário que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, busque um formato para disponibilizar Tomografias de Tórax, em todas as Regiões Administrativas do Distrito Federal, mesmo que credenciando clínicas privadas, visando a separação dos casos considerados graves, para acompanhamento e determinação de tratamento hospitalar, principalmente no que tange a necessidade de leitos de enfermaria e de UTI.

Ressaltamos que, o custo de uma Tomografia de Tórax é menor que o custo de um teste rápido do Coronavírus.

Diante da importância e relevância da matéria, conto com o apoio dos meus pares para a aprovação do presente projeto de lei.

DEPUTADO AGACIEL MAIA



Documento assinado eletronicamente por **AGACIEL DA SILVA MAIA - Matr. 00140**, **Deputado(a) Distrital**, em 29/04/2020, às 14:21, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **0106707** Código CRC: **4B3128D1**.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, 2º Andar, Gab 7– CEP 70094-902– Brasília-DF– Telefone: (61)3348-8072
www.cl.df.gov.br - dep.agaciemaia@cl.df.gov.br

00001-00015869/2020-82

0106707v2



PROPOSIÇÃO - IND-3943/2020

LIDO EM: 19/05/2020

Brasília, 19 de maio de 2020



Documento assinado eletronicamente por **THAMIRES AGUIAR SANTOS - Matr. 22746**, Assessor(a) de Apoio à Atividade do Plenário, em 19/05/2020, às 17:36, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **0120393** Código CRC: **A793DA8A**.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, 5º Andar, Sala 5.10- CEP 70094-902- Brasília-DF- Telefone: 6133488275
www.cl.df.gov.br - seleg@cl.df.gov.br

00001-00015869/2020-82

0120393v2



PROPOSIÇÃO - INDICAÇÃO Nº 3943/2020
DISTRIBUIÇÃO DE INDICAÇÃO

00001-00015869/2020-82

LIDO EM: 19/05/2020

Ao Setor de Protocolo Legislativo – SPL para as devidas providências e, em seguida, ao Setor de Apoio às Comissões Permanentes – SACP, para encaminhamento e análise de mérito na Comissão de Educação, Saúde e Cultura (art. 69/RICLDF).

Lucas Kontoyanis

Assessor Especial



Documento assinado eletronicamente por **LUCAS DEMETRIUS KONTOYANIS - Matr. 22405, Assessor(a) da Secretaria Legislativa**, em 19/05/2020, às 23:40, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **0120770** Código CRC: **882FECA0**.