



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 945/2020

Vitória, 27 de julho de 2020

Processo n°: [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Vila Velha – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito, Dra. Ilaceia Novaes, sobre o procedimento: **Home Care com cama hospitalar, oxigênio e assistência 24 horas de uma equipe de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudióloga.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a requerente tem 87 anos, é hipertensa, portadora de insuficiência cardíaca, revascularizada prévia e valvuloplastia mitral, portadora de marcapasso definitivo e quadro demencial em fase já avançada. Internada com COVID-19 no dia 16/06/2020 com seu esposo que veio a falecer em 08/07/2020 em consequência de doença, no Hospital Vila Velha. Ainda se encontra internada com comprometimento pulmonar, dependente de uso de oxigenioterapia, restrito ao leito com necessidade de cama hospitalar e de acompanhamento regular com fisioterapia respiratória e motora, recebe dieta oral pastosa com auxílio de espessante com necessidade também de acompanhamento regular de fonoaudiólogo pois tem alto risco de broncoaspiração. A requerente faz uso regular das seguintes medicações:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

fludrocrotizona 0.15 mg; amiodarona 200mg; escitalopram 10 mg; rosuvastatina 20 mg; quetiapina 0.25 mg; resperidona 0.25 mg. Desta forma necessita de home care com assistência 24 horas de equipe de enfermagem, acompanhamento com nutricionista fisioterapeuta, fonoaudiologista por tempo indeterminado. Pelo exposto, recorre à via judicial.

2. Às fls. sem numeração consta receituário médico, de papel timbrado do Hospital Vila Velha, datado em 22/07/2020, emitido pelo cardiologista Dr. Jose Renato Altoe , onde se destacam as seguintes informações: Paciente de 87 anos, hipertensa com insuficiência cardíaca, revascularizada prévia e valvuloplastia mitral, portadora de marcapasso definitivo e quadro demencial prévio, internada em 16/06/2020 com quadro de infecção pelo COVID-19, com comprometimento pulmonar, restrita ao leito (com necessidade de uso de cama hospitalar) totalmente dependente para as suas atividades cotidianas. Paciente dependente de uso de oxigenioterapia de forma intermitente, necessitando de fazer fisioterapia respiratória e motora regularmente. Recebe dieta por via oral, porém com necessidade de acompanhamento regular de fonoaudiólogo (alto risco de broncoaspiração). Solicito acompanhamento por equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiologo) domiciliar.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

2. A **Resolução nº 1451/95** do **Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
3. O conceito de segurança alimentar, abordado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria GM/MS Nº 710, de 10 de junho de 1999), consiste no “abastecimento, na quantidade apropriada, no acesso universal aos alimentos e no aspecto nutricional (composição, qualidade e aproveitamento biológico)”.
4. O Estado do Espírito Santo possui PORTARIA 054-R, de 28/04/2010 que estabelece critérios de uso e padroniza fórmulas nutricionais para pacientes com disfagia neurológica grave, portadores de neoplasias que causem obstrução do trato gastrintestinal, entre outras patologias, que fazem uso de sonda de longa permanência por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, se alimentam exclusivamente por nutrição enteral.

DA PATOLOGIA

1. “Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae. Esta é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, os quais foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência do seu perfil na microscopia parecendo uma coroa). Os tipos de coronavírus conheci-



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

dos até o momento são: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARSCoV- 2, um novo coronavírus descrito no final de 2019 após casos registrados na China. Este provoca a doença chamada de COVID-19.

2. O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe ou *swabs* combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detecte o RNA viral. Os casos graves devem ser encaminhados a um hospital de referência para isolamento e tratamento. Os casos leves devem ser acompanhados pela atenção primária em saúde e instituídas medidas de precaução domiciliar. O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como uma síndrome gripal.
3. As pessoas com COVID-19 geralmente desenvolvem sinais e sintomas, incluindo problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (período médio de incubação de 5 a 6 dias, intervalo de 1 a 14 dias). A febre é persistente, ao contrário do descenso observado nos casos de influenza. A febre pode não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou em algumas situações que possam ter utilizado medicamento anti-térmico.
4. A doença em crianças parece ser relativamente rara e leve, com aproximadamente 2,4% do total de casos notificados entre indivíduos com menos de 19 anos. Uma pro-



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

porção muito pequena de menores de 19 anos desenvolveu doença grave (2,5%) ou crítica (0,2%). De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus, publicado pelo Ministério da Saúde em fevereiro deste ano, na avaliação dos primeiros 99 pacientes internados com pneumonia e diagnóstico laboratorial de COVID-19 no hospital de Wuhan observou-se uma maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos e do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), dispneia (31%), mialgia (11%), confusão mental (9%), cefaleia (8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor torácica (2%), diarreia (2%) e náuseas e vômitos (1%). Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com COVID-19.

5. Guan et al., avaliando dados de 1099 pacientes chineses com COVID-19 confirmado, observaram que a idade média dos pacientes foi de 47 anos e que 41,9% dos pacientes eram do sexo feminino. O desfecho composto primário, isto é, a admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), o uso de ventilação ou morte, ocorreu em 67 pacientes (6,1%), incluindo 5% que foram admitidos na UTI, 2,3% submetidos a ventilação mecânica invasiva e 1,4% que morreram. Os sintomas mais comuns foram febre (43,8% na admissão e 88,7% durante a internação) e tosse (67,8%). Diarreia foi incomum (3,8%). Linfopenia estava presente em 83,2% dos pacientes na admissão.
6. O período médio de incubação foi de 4 dias. Os pacientes frequentemente se apresentavam sem febre e muitos tinham exames radiológicos normais. Baseados no estudo de 55.924 casos confirmados WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 relatou como sinais e sintomas mais comuns: febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dispneia (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia (13,6%), mialgia ou artralgia (14,8%), calafrios (11,4%), náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise (0,9%) e congestão conjuntival (0,8%). Na maioria dos casos, a doença foi leve e houve recuperação completa. Aproximadamente 80% dos pacientes confirmados em laboratório tiveram doença leve a moderada, que incluiu casos com e sem pneumonia, 13,8% apresentaram doença grave (dispneia, frequência respiratória $\geq 30/\text{min}$, saturação de O₂ no sangue \leq



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

93%, relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ e/ou pulmão com infiltrado ocupando mais de 50% do parênquima pulmonar dentro de 24 a 48 horas), e 6,1% foram críticos, com falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção/falha de múltiplos órgãos. Infecção assintomática foi relatada, mas a proporção de casos verdadeiramente assintomáticos não está bem definida. Indivíduos com maior risco de doença grave e morte incluíram pessoas com mais de 60 anos, especialmente os com condições subjacentes, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica e câncer. opacidades em vidro fosco e áreas de consolidação, às vezes com morfologia arredondada e distribuição periférica. Bernheim et al. avaliaram anormalidades pulmonares relacionadas ao tempo da doença e relataram que a TC do tórax mostrava a doença mais extensa aproximadamente 10 dias após o início dos sintomas.

7. O estudo radiológico torácico é útil na avaliação de pacientes com suspeita de COVID-19. O reconhecimento imediato da doença é fundamental para garantir o tratamento oportuno, e do ponto de vista da saúde pública, o rápido isolamento do paciente é crucial para a contenção dessa doença transmissível. Bernheim et al. avaliaram os achados da TC de tórax na COVID-19 e a relação com a duração da infecção. Foram caracterizados os achados da TC de tórax de 121 pacientes infectados com COVID-19 na China em relação ao tempo entre o início dos sintomas e a tomografia inicial. A hipótese era de que certos achados da TC podem ser mais comuns, dependendo do tempo decorrido da infecção. Apenas as TCs iniciais do tórax foram avaliadas. Dos 121 pacientes, 27 (22%) não apresentavam alteração tomográfica. Os 94 pacientes restantes (78%) apresentavam opacidades em vidro fosco, consolidação ou ambos. Setenta e três dos 121 pacientes (60%) apresentaram doença pulmonar bilateral. Linfonodopatia torácica, escavação pulmonar e nódulos pulmonares estavam ausentes em todos os 121 pacientes, e apenas 1 paciente (1%) apresentou derrame pleural. O tempo entre o início dos sintomas e a TC subsequente foi classificado como precoce (0 a 2 dias; 36 pacientes), intermediário (3 a 5 dias; 33 pacientes) ou tardio (6 a 12 dias; 25 pacientes). A frequência de opacidades e consolidação de vidro fosco foi muito menor no grupo precoce, em comparação com os grupos intermediário e tardio. Dezesesseis dos



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

36 pacientes precoces (44%) apresentaram opacidades pulmonares, em comparação com 30 dos 33 pacientes intermediários (91%) e 24 dos 25 (96%) pacientes tardios. O envolvimento pulmonar bilateral foi observado em 10 dos 36 pacientes precoces (28%), 25 dos 33 pacientes intermediários (76%) e 22 dos 25 pacientes tardios (88%). Opacidades lineares, padrão de pavimentação em mosaico e sinal do halo invertido estavam ausentes no grupo precoce, mas presentes no grupo tardio em 5 (20%), 5 (20%) e 1 (4%) casos, respectivamente. Em termos de distribuição da doença no plano axial, observou-se distribuição periférica em 8 dos 36 pacientes precoces (22%), 21 dos 33 pacientes intermediários (64%) e 18 dos 25 pacientes tardios (72%). O reconhecimento de padrões de imagem com base no tempo de infecção é fundamental não apenas para entender a fisiopatologia e a história natural da infecção, mas também para ajudar na progressão preditiva do paciente e no potencial desenvolvimento de complicações.”

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado por se tratar de tema recente e tratamento em fase de avaliação em grandes estudos afim de obtenção de maior nível de evidência.

DO PLEITO

1. **Home Care com cama hospitalar, oxigênio e assistência 24 horas de uma equipe de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudióloga**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de requerente de 87 anos, hipertensa, portadora de insuficiência cardíaca, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

valvuloplastia mitral, portadora de marcapasso definitivo e quadro demencial prévio. Internada em 16/06/2020 com quadro de infecção pelo COVID-19, com comprometimento pulmonar, restrita ao leito totalmente dependente para as suas atividades cotidianas. Neste contexto foi solicitado acompanhamento por equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo).

2. Sabe-se que os principais benefícios da atenção domiciliar incluem a redução de infecções hospitalares em pacientes com patologias crônicas e suas complicações, como a paciente em tela, que apresenta sequela de doença neurológica, e a maior convivência destes pacientes com a família e rede social, visto também que um ou mais dos familiares podem ser treinados como cuidadores e participarem da terapia e reabilitação do paciente. Estes cuidadores podem ser capacitados pela equipe de atenção domiciliar em procedimentos simples ou complexos, tais como dar banho no paciente ou executar exercícios físicos prescritos pela equipe de profissionais de saúde. O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) deve possuir um responsável técnico de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional. Além disso, o prestador de serviço precisa estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Já a equipe de profissionais deve ser montada de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada, no caso do paciente, em regime de Internação Domiciliar, em que recebe cuidados semelhantes ao que receberia em uma internação hospitalar.
3. O município de Vila Velha, aderiu ao programa de saúde **Melhor em Casa**, uma parceria entre o Ministério da Saúde e a gestão municipal. O intuito é ampliar a assistência aos pacientes com quadros de saúde agravados, possibilitando um atendimento mais humanizado e digno para todos aqueles que necessitam de atenção domiciliar. Contando com duas equipes multidisciplinares, formadas por médicos, enfermeiros, nutricionista, dentre outros. Com capacidade para atender até 120 pacientes, os profissionais, divididos em equipes, trabalham todos os dias, das 7h às 19 horas, proporcionando qualidade de vida não somente para os usuários desse serviço, mas para seus familiares também. E o treinamento não se restringe apenas a equipe



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

que promove o atendimento domiciliar, mas é estendido para servidores da saúde que lidam diretamente com esses pacientes nas unidades de saúde e nos Pronto Atendimento, com o objetivo de avaliar o perfil de cada um e até diagnosticar uma possível alta do ambiente hospitalar, permitindo a continuação do tratamento em casa.

4. Por fim, este NAT conclui que, considerando o quadro complexo do paciente, cujo tratamento é baseado em terapia de reabilitação, o mesmo necessita de cuidados/equipamentos específicos, devendo ser analisado quais cuidados serão fornecidos pelas Secretaria Municipal de Saúde (Saúde da Família) e Secretaria Estadual de Saúde – SESA assim como o acompanhamento interdisciplinar. Não fica Claro no relato médico se há necessidade de assistência de enfermagem por 24 horas.
5. **Assim, sugerimos que a equipe do programa Melhor em Casa do Município de Vila Velha, avalie as condições da requerente e emita um relatório sobre a possibilidade de acompanhamento domiciliar (definindo o que cabe ao Município e ao Estado), e se as necessidades do paciente se enquadram nas oferecidas pelo programa de saúde do município. Se a equipe entender que o paciente necessita de cuidados especializados 24 horas, fora daquilo oferecido pelo programa, e que este serviço não está disponível pelo Município e nem pelo Estado em domicílio, assim a paciente deverá ser transferida para um estabelecimento de saúde destinado a internação de longa permanência.**
6. **Em relação a cama hospitalar**, a competência para fornecimento do item pleiteado é do CREFES, instituição pertencente a Secretaria de Estado da Saúde. Desta forma este item deve ser solicitado administrativamente ao CREFES e este disponibilizado com a prioridade que o caso requer.
7. Não identificamos a negativa do Estado. **Assim, esse Núcleo sugere que o pleito da Requerente quanto a cama hospitalar seja apresentado ao CREFES – Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, da Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio do Município de Vila Velha, para que o caso seja**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juizes – NAT

avaliado e que se defina qual a necessidade da Requerente.

8. Em relação a solicitação de **Oxigenoterapia domiciliar**, informamos que este serviço é disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde, a qual possui um Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.
9. O protocolo definido pela Secretaria de Saúde do Estado determina os seguintes critérios para solicitação:

Documentos necessários para ingresso no programa
Laudo médico contendo CID-10, exame físico e história clínica.
Cópia da gasometria arterial identificada com nome e data da coleta. A gasometria deverá ser realizada: Com o paciente em repouso, respirando ar ambiente, estável clinicamente e com terapêutica em seus níveis adequados. Executada recentemente (nos últimos 30 dias), mas no caso de paciente internado a gasometria deve ser de, no máximo, 3 dias da data da avaliação no PODP, com pacientes com previsão imediata de alta hospitalar (colocar esta informação no relatório). Titulação de O2 em caso de hipercapnia (gasometrias realizadas em uso de O2 para indicar quantidade de O2 suplementar para garantir o melhor PaO2 sem colocar em risco a vida do paciente com piora da hipercapnia). Em cada gasometria deverá constar com quantos litros de O2 foi realizada. Colocar no relatório se histórico de retentor crônico ou não e, se possuir, exames anteriores.
No caso de hipertensão pulmonar apresentar exames comprobatórios e cópia do ecocardiograma
Preenchimento de documento específico de prescrição (Ficha de Prescrição e Controle de O2), anexando as cópias dos exames e laudo do médico assistente mesmo que seja negada a entrada do paciente no PODP.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

Critérios para cilindro portátil do medico regulador do programa

Um cilindro portátil, com duas recargas ao mês, será fornecido para pacientes com $PO_2 < 50\text{mmHg}$ em uso de suplementação por 24h, para saídas ocasionais para serviço de saúde (consulta médica, fisioterapia), a critério do médico pneumologista do PODP.

Critérios para concentrador de O₂:

Necessidade de 18 ou mais recargas/mês/cilindro

Local de difícil acesso para colocação de cilindro, definido por prescrição do médico do programa, após visita da firma.

OBS: A gasometria deverá ser obtida em laboratório com controle de qualidade;

A fonte de oxigênio indicada, somente poderá ser prescrita ou alterada pelo médico pneumologista do PODP;

Todo o equipamento usado na ODP é emprestado ao paciente para seu uso próprio, não podendo ser emprestado ou doado a outrem, e para uso exclusivo em território do Estado do Espírito Santo.

Será fornecido Cilindro de oxigênio e/ou concentrador(somente se prescrito pelo médico do Programa atendendo a critérios estabelecidos), reservatório para água destilada (adquirida pelo paciente), manômetro-fluxômetro (válvula regulatória) e cateter nasal.

10. Considerando que não encontramos nenhum documento administrativo solicitando à Secretaria atendimento para ser incluída no programa estadual de oxigenoterapia domiciliar contínua e nem a eventual justificativa de negação, sugere-se que a parte autora siga o protocolo para solicitação de oxigenioterapia para o estado; que segue abaixo:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

VIII - FLUXO DE ACESSO DO PACIENTE/FAMILIA E/OU REPRESENTANTE LEGAL REQUERENTE DE ODP NA REGIÃO METROPOLITANA

Agendar perícia no PODP pelo telefone 3636-2684.

No dia da perícia o responsável* pelo paciente ou o próprio comparece com ficha de relatório médico (anexo), preenchida pelo médico assistente*¹, e cópia dos seguintes documentos:

Gasometria arterial em ar ambiente (item VII-2) e, se necessário (ver item VII-4), titulação de O₂.

Exames que comprovem insuficiência cardíaca, cor pulmonale, hipertensão pulmonar ou policitemia, se for o caso.

Identidade do paciente e responsável. CPF do paciente e responsável.

Cartão do SUS do paciente.

Comprovante de residência recente (onde será entregue o cilindro).

* Responsável é alguém que vai representar o paciente na consulta e assinará a documentação, ficando, a partir de então, responsável pela guarda e manutenção dos equipamentos enquanto de uso do paciente.

*¹ Não é necessário que seja Pneumologista.

11. Cabe a SESA após apresentação de laudo e exame comprobatório da necessidade de oxigenioterapia domiciliar fornecê-lo.
12. Destaca-se que o paciente em tela só deve receber alta hospitalar após compensação clínica e após suas necessidades de atenção domiciliar identificadas pela equipe terem sido disponibilizadas.
13. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT



REFERÊNCIAS

Lima CMA. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). Radiol Bras. 2020 Mar/Abr;53(2):V–VI

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV). [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>.