

OS DESAFIOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO PARA GARANTIA DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Data de aceite: 02/11/2024

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Érica Cristina do Nascimento

Adriana Loureiro da Cunha

Maria Regina Bernardo da Silva

Atenção Primária à Saúde (APS) foi um grande desafio durante a pandemia no ano de 2020, pois trouxe a necessidade de uma rápida revisão dos sistemas e redes de saúde, para resposta oportuna em serviços integrados, universais de saúde e de assistência social.

A Pandemia causada pela Covid-19 exigiu que os sistemas de saúde de todo o mundo fossem remodelados, de modo que houvessem diferentes respostas no enfrentamento da infecção, a fim de impedir a sua disseminação e reduzir as sequelas causadas pela doença na população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios organizativos e filosóficos, dentre eles a universalidade e a descentralização, tem sido representado como um diferencial relevante no enfrentamento da Covid-19 dada a potencialidade de alcance de suas ações em uma abordagem de integralidade.

O presente trabalho trata de um estudo reflexivo, exploratório, qualitativo, fundamentado no método de relato de experiência de Oscar Jara, baseado

O PONTO DE PARTIDA

No ano de 2020, comemorou-se o bicentenário de nascimento de Florence Nightingale, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram como o ano internacional dos profissionais de enfermagem. O legado de Florence, consolida o profissional deste século XXI, para um exercício da profissão pautado no protagonismo técnico científico, legal e político. Com a incorporação de evidências clínicas e protocolos que garantem a autonomia da enfermagem, a profissão ganhou maior visibilidade, o que foi de algum modo robustecido pela inesperada pandemia de Covid-19⁽¹⁾.

Dentre os inúmeros cenários de atuação, a gestão da Enfermagem na

na experiência de enfermeiras envolvidas na coordenação e gestão da APS, durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, sendo realizado no período de março de 2020 a julho de 2021, em uma Área Programática (AP) do Município do Rio de Janeiro (MRJ) com média de 700.000 habitantes cadastrados nas Unidades de Atenção Primária (UAP). A AP é composta por 35 UAPs, 1 Policlínica e 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Devido ao fato dessa região possuir diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), houve a necessidade de um adequado planejamento estratégico por parte da gestão para mitigação de problemas epidemiológicos anteriormente conhecidos que poderiam ampliar-se com o advento da pandemia, e a necessidade de adequação de fluxos e protocolos para manejar um vírus desconhecido até aquele momento.

O maior desafio dos gestores era garantir que as equipes de atenção primária (EAP) e equipes de saúde da família (ESF), apresentassem um bom desempenho assistencial, e para isto, houve a necessidade de um rápido processo avaliativo visando a tomada de decisão em alguns pontos estratégicos da gestão, como: estrutura, logística, assistência, insumos, recursos humanos, educação permanente, dentre outros. Destaca-se, portanto, que a qualificação profissional foi um dos maiores focos da gestão, com vistas a alcançar a devida promoção do cuidado à população, elemento este fundamental na rede de atenção à saúde.

Os profissionais da APS foram assim desafiados a trabalharem com planejamento, metas e ações para promover e assegurar a saúde em seus territórios. As metas, pautadas em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade materna e infantil, a razão de coleta de colpocitológico na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), a alta por cura em pacientes com tuberculose, o monitoramento dos pacientes com sífilis, HIV e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis ISTs, além dos diabéticos e hipertensos graves, estavam assim, ameaçados por toda a complexidade da pandemia de Covid-19.

Com o aumento do número de casos, a partir do mês de março de 2020, e a chegada das orientações das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e do Ministério da Saúde, percebemos a necessidade de uma padronização de fluxos na área programática com vistas a garantir uma adequada assistência aos pacientes com síndrome gripal, a proteção dos profissionais de saúde, a segurança da população com diferentes comorbidades e às gestantes no que tange à assistência e à não exposição ao risco da infecção pela Covid-19 nas unidades, assegurando assim promoção da saúde e prevenção de agravos.

PLANO DE SISTEMATIZAÇÃO

Nesse sentido, a experiência sistematizada foi: os desafios gerenciais para garantia dos atributos essenciais da APS durante a pandemia de Covid-19.

Para o processo de trabalho instituímos a seguinte pergunta orientadora: Como organizar os fluxos e processos de trabalho das unidades de atenção primária com vistas a garantir a aplicabilidade dos atributos essenciais da APS com a devida biossegurança do profissional?

Nosso objetivo foi: Organizar fluxos e processos de trabalho na atenção primária com eficácia e eficiência na alocação de recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e assistenciais durante a pandemia de Covid-19, a fim de garantir um desfecho com mitigação de problemas.

As fontes de informações utilizadas foram os relatos dos gestores da coordenadoria de atenção primária, as reuniões de equipes, bem como os instrumentos de trabalho existentes ou criados para acompanhamento e mensuração dos dados no processo avaliativo.

Para isso, foram necessárias adequações e criações de planilhas em Excel® para registro e acompanhamento dos principais indicadores de saúde e dos processos (insumos, afastamentos profissionais), a fim de embasar a tomada de decisão no monitoramento do panorama epidemiológico do território.

As planilhas abordavam os aspectos principais de gestão e vigilância em saúde, como:

- Planilha de controle de insumos médico-cirúrgicos;
- Planilha de afastamentos profissionais por Covid-19 e/ou comorbidades;
- Planilha de compras emergenciais;
- Painel de acompanhamento dos casos de Covid-19;
- Boletim epidemiológico com incidência, prevalência e mortalidade dos casos de Covid-19 distribuídos por unidade de saúde;
- Planilha de monitoramento de regulação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por vaga zero; e
- Planilhas de monitoramento de grupos prioritários, como hipertensos e diabéticos graves, gestantes de alto risco, crianças menores de um ano, pessoas com tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS.

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVENCIADO

No início da pandemia, a preocupação era ofertar às equipes que atuavam na linha de frente assistencial, insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de acordo com o preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽²⁾ e pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Porém, nosso maior desafio para tal abastecimento era a indisponibilidade da indústria pela elevada demanda de toda sociedade em busca dos insumos, como principalmente máscaras e álcool em gel a 70 %.

Além disso, havia a necessidade de treinamento contínuo para os profissionais visando adequado manejo na utilização dos EPIs a fim de minimizar a contaminação relacionada ao risco biológico, e evitar o desperdício destes materiais, visto a necessidade

de racionalização, bem como a capacitação para atuação em casos de maior complexidade, tendo sido disponibilizado um curso de suporte básico de vida.

Outro foco de atenção da gestão foi a garantia de equipamentos de suporte ventilatório para as unidades de saúde, tais como oxímetros, ambus, máscaras de oxigênio, laringoscópios, o que demandava novos ajustes e cálculos orçamentários recorrentes, bem como uma análise diária do painel de consumo médio diário e mensal, a fim de prevenir o desabastecimento com conseqüente desassistência à população.

Embora tenhamos conseguido organizar os insumos e equipamentos com relativa agilidade, fomos surpreendidos pelo adoecimento expressivo dos profissionais com e sem comorbidades, ocasionando a redução da capacidade instalada das unidades, impactando diretamente no número de atendimentos realizados.

Uma das estratégias utilizadas para tratar a problemática que se demonstrou bastante eficaz foi a teleconsulta de medicina e de enfermagem para coordenação do cuidado e monitoramento dos usuários, garantindo a manutenção dos atendimentos nos diferentes ciclos de vida e necessidades em saúde, como: emissão de receitas, laudos médicos, prescrições e consultas a grupos prioritários que por sua vez estavam impossibilitados de um atendimento presencial mediante a recomendação das autoridades sanitárias de distanciamento social, fechamento do comércio por lockdown e orientação para a população manter-se em casa.

Outra estratégia da SMSRJ foi a oferta de um equipamento de aparelho celular para cada equipe de Estratégia de Saúde da Família com a finalidade de monitoramento telefônico dos usuários com síndrome gripal a cada 24 h ou 48 h, o que dependia da classificação de risco mediante a condição clínica apresentada, sendo esta uma experiência exitosa com manutenção do vínculo entre os profissionais e a população, bem como manutenção da coordenação do cuidado.

Em relação ao acesso dos usuários às unidades de saúde em casos essenciais, foi necessária a construção e implementação de rotinas de trabalho diferenciadas, com atendimento por equipe dedicada em local arejado e exclusivo para pacientes com sintomas respiratórios, as quais foram denominadas de Equipes de Resposta Rápida (ERR), mantendo-se um isolamento em relação aos demais serviços com barreira física, evitando-se a exposição de pessoas assintomáticas, conforme recomendações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS⁽³⁾.

Diante do cenário vivenciado, havia a eminente necessidade de criação de ferramentas de monitoramento e vigilância virtuais dos grupos prioritários das gestantes, crianças, portadores de tuberculose, hipertensos e diabéticos graves e pessoas que vivem com HIV/AIDS, para isso, foram utilizadas planilhas informatizadas e compartilhadas entre os gestores, a fim de garantir a coordenação do cuidado, e quando identificado o risco elevado, era realizada a visita domiciliar e ou consulta presencial na unidade de saúde com cumprimento das normas sanitárias vigentes.

Porém, percebemos que mesmo com todas as atividades propostas e implementadas, na tentativa de garantir um seguimento adequado aos grupos prioritários, ainda existiam muitas pessoas que agravavam em seus domicílios, sendo esta análise confirmada por meio da elevação no número de regulações de vaga zero com solicitação de ambulâncias para internação em leitos de alta complexidade por outras causas não Covid-19, sendo incidentes as solicitações por doenças crônicas não transmissíveis, como complicações de hipertensão e diabetes, questões estas sensíveis à APS.

A reflexão acerca desse aumento de regulações de alta complexidade pode ser compreendida pela dificuldade das equipes em manejar um novo vírus, atentando mais aos pacientes sintomáticos, à redução de profissionais saudáveis em atuação efetiva nas unidades, à alta vulnerabilidade social em alguns pontos do território com baixo IDH, ou até mesmo devido à elevação do número de pessoas desempregadas com dificuldade para acessar alimentação adequada e manutenção de condições mínimas na garantia da qualidade de vida.

À medida que a incidência da doença foi diminuindo a partir do mês de junho de 2020, houve a oportunidade de ampliação dos atendimentos aos grupos de menor risco, sendo necessário repensar o planejamento de retomada das agendas de consultas presenciais, de acordo com as recomendações padronizadas para todas as áreas do MRJ. Inicialmente, a ampliação das agendas foi dividida em 3 fases com intervalo de 30 dias entre elas, considerando as peculiaridades do território, tipo de atividade e atendimento.

Na primeira fase, as agendas tiveram 50 % de ocupação com intervalo de duas consultas por hora nas seguintes linhas de cuidado: Pré-natal, Puericultura, Tuberculose, Infectologia-HIV, Hanseníase, Diabéticos insulino dependentes e com resultado de hemoglobina glicada maior ou igual a 8, Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo, População de risco e vulneráveis, Saúde mental, Coleta de colpocitológicos em horários alternativos limitado a cinco coletas por dia, coleta de exames laboratoriais e exames de mamografia de rastreo.

Todas as estratégias traçadas pela gestão tiveram como objetivo a conquista de melhores resultados no combate à pandemia de Covid-19, garantindo o atendimento à saúde da população, em caráter de emergência sanitária e humana, além da garantia das condições de trabalho para o correto e seguro desempenho profissional na luta pelo direito à vida.

Em janeiro de 2021, mais uma incitação nos foi apresentada devido à necessidade de implementação pela SMSRJ da vacinação para profissionais de saúde e idosos, gerando um novo desafio de abastecer, qualificar e organizar este processo conforme prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e mais uma vez percebemos as linhas de cuidado fragilizadas em detrimento da necessidade no investimento de esforços para garantia célere da imunização da população. Embora a vacinação fosse relevante, necessária e fundamental para redução da pandemia, a manutenção de todas as ações e estratégias

anteriormente traçadas para coordenação do cuidado dos grupos prioritários e acolhimento da demanda espontânea foram essenciais, e seguem sem previsão de encerramento pelo atual cenário epidemiológico apresentado com as variantes do coronavírus.

PROCESSOS DE ANÁLISE E SÍNTESE A PARTIR DE ESTUDOS E TEORIAS

Com o advento da pandemia, intensificou-se os processos de fragilidade na atenção às doenças agudas e crônicas, haja visto que a abordagem de atenção já não era suficiente para atender a demanda do sistema de saúde em sua magnitude, em consequência das limitações dos modelos de atenção à saúde, da fragmentação do sistema de saúde e da qualificação insuficiente da atenção primária à saúde (APS) para cumprir suas atribuições⁽⁴⁾.

Nesse cenário, a circulação de usuários, por livre demanda ou encaminhamentos, em busca de acesso poderia implicar no agravamento da situação de saúde e no risco ampliado de disseminação da doença. Dessa forma, para o enfrentamento da pandemia, as fragilidades estruturais, operacionais, assistenciais e gerenciais eram obstáculos a serem transpostos⁽⁵⁾.

Além disso, a gestão de pessoas é considerada um dos maiores desafios devido ao agravante da sobrecarga de trabalho, em que os profissionais são expostos às condições insalubres, que os colocam em situação de adoecimento e que irá repercutir diretamente na diminuição do quantitativo de pessoal. Contudo, esse déficit quanti-qualitativo é um desafio histórico que abrange questões relacionadas à formação, agravadas pela precarização do trabalho e pela interrupção de políticas que promovem a qualificação e o vínculo profissional^(6,7).

A pandemia desencadeou medidas de aporte emergencial. Inicialmente, foram providenciados todos os recursos materiais essenciais a fim de prover as unidades, tais como: os equipamentos de proteção individual (EPI), contemplando as recomendações do documento norteador emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽²⁾, o qual reforça a precaução padrão, que deverá ser adotada no atendimento a todo paciente com higienização das mãos, utilização de luvas, óculos e avental. Ressalta-se a necessidade de manutenção em local visível e de fácil acesso as normas e rotinas dos procedimentos adotados para casos suspeitos ou confirmados, incluindo a desparamentação dos EPIs e o descarte dos mesmos, além da desinfecção do ambiente onde foi realizado o atendimento.

Dentre outras atividades, foram elaborados e estabelecidos os fluxos de atendimentos para os usuários que apresentassem síndrome gripal, e realizada a capacitação das equipes para o atendimento, visando ainda a adoção de normas de biossegurança preconizadas no atendimento ao paciente com Covid-19⁽⁸⁾.

Quanto aos acessos e divisão nas unidades, estes foram modificados e estratificados em entrada, saída, área de atendimento ao paciente com suspeita de Covid-19 e sala de urgência, a fim de propiciar condições seguras para o cuidado qualificado de usuários e biossegurança dos profissionais.

No entanto, havia uma parcela significativa de profissionais pertencentes aos grupos de risco e conseqüentemente, diante da exposição aumentada em ambientes de risco e à alta transmissibilidade da doença, os profissionais foram adoecendo, apesar de uma ampla divulgação de notas técnicas, reforço e esforço diário para preservação de toda equipe com treinamentos e discussões por meio de reuniões virtuais. Vale ressaltar que o desafio em lidar com o adoecimento psicológico ocasionado pelo constante medo dos profissionais no ambiente de trabalho também esteve presente sendo necessário repensar estratégias para adequado manejo.

Oliveira et al.⁽⁸⁾ constataram que profissionais da linha de frente em momentos de pandemia podem ter sua vulnerabilidade aumentada e apresentar quadros de insônia, depressão e estresse e reforçaram a necessidade de ofertar apoio a estes profissionais.

Assim, foram adotadas medidas de apoio via chamada telefônica ou por aplicativo, entre o profissional atuante na linha de frente e/ou afastado por acometimento da Covid-19 e os profissionais psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), juntamente com a apoiadora da linha de cuidado de Saúde Mental da Coordenadoria de Atenção Primária.

Outra ação necessária foi o remanejamento de profissionais entre as unidades da área de planejamento, com a finalidade de garantir a manutenção do quadro mínimo assistencial, sem comprometer o acesso da população aos serviços ofertados. Souza⁽⁹⁾ reforça esse pensar e afirma que a pandemia tornou evidente a necessidade de sistemas públicos de saúde robustos, salientando que o SUS e seus trabalhadores são fundamentais para a sustentabilidade do Estado, no provimento do bem-estar social para todos os brasileiros, conforme preconiza nossa Constituição Federal⁽¹⁰⁾.

Jackson Filho e colaboradores⁽¹¹⁾ afirmam que o impacto social provocado pela pandemia repercute no setor saúde e envolve toda a rede de atenção à saúde que está na linha de frente no combate à doença. Logo, os profissionais de saúde têm prioridade para a proteção por estarem na linha de frente no combate à epidemia. Portanto, precisam ter protocolos e orientações de biossegurança que promovam a proteção respiratória.

Portanto, cabe aos gestores a manutenção da saúde e segurança desses trabalhadores através da implementação de medidas para minimizar ou extinguir os riscos existentes no trabalho. Além dos protocolos e recomendações há a necessidade de abrir um diálogo com os profissionais no ambiente de trabalho, a fim de promover condições para a atuação com adequado dimensionamento de pessoal, estrutura física e insumos suficientes, apoio da gestão e educação permanente⁽¹²⁾.

Uma das estratégias utilizadas pela gestão da APS para agregar a proteção dos trabalhadores de saúde, foi a utilização das teleconsultas, dando suporte às práticas clínicas. De acordo com Byrne⁽¹³⁾, no bojo da pandemia de Covid-19, torna-se essencial o papel da enfermagem nas ações de Telessaúde. Para esse autor, a enfermagem tem sido desafiada a inovar e ampliar o escopo de sua prática durante a pandemia, buscando-se

novas possibilidades para atender ao aumento da demanda de pacientes aos serviços e para reduzir as exposições ao vírus.

Com isso, gestores e equipes da APS seguiram como ponto central a organização do SUS, comprovando a necessidade de fortalecer a APS como o pilar do enfrentamento da Covid-19, devido à sua capacidade de vínculo, manejo e acompanhamento dos casos, bem como para a retomada de suas rotinas no período pós-pandemia, olhando para o contexto do território como um todo⁽¹⁴⁾.

OS PONTOS DE CHEGADA

As reflexões apresentadas poderão contribuir com gestores e profissionais de saúde nas singularidades de seus contextos a fim de coordenar ações de enfrentamento da Covid-19, podendo trazer melhorias para as estratégias de atenção à saúde, propondo reflexões em caminhos possíveis que subsidiem respostas rápidas no âmbito da pandemia.

Em síntese, os desafios apresentados não são novos, uma vez que a sociedade mundial já vivenciou outras pandemias. Porém, esse advento traz à tona problemas recorrentes da gestão na coordenação da atenção à saúde e que impactam na operacionalização de um sistema de saúde universal, em um território com características socioeconômicas e sanitárias heterogêneas.

Embora tenhamos sido incitados nesse período pela pandemia, consideramos que a atenção primária representada pela área programática fortaleceu e demonstrou seu papel como ordenadora do cuidado, promovendo acesso aos usuários nos serviços de saúde, garantindo a integralidade das ações e a longitudinalidade do cuidado.

Ressaltamos o papel e a visibilidade da enfermagem nesse cenário, com o resgate de cuidados essenciais que fazem parte do seu escopo científico e de atuação, como lavagem das mãos, adoção de medidas de higiene, ventilação, recomendações para utilização de equipamentos de proteção individual e distanciamento social para redução da transmissibilidade da doença. Tais fatos nos remetem historicamente à atuação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia em 1854, que por meio de tais medidas garantiu a salvação da vida de inúmeros soldados britânicos.

Vivemos atualmente mais uma guerra, não necessariamente com armas bélicas, mas em busca da eficácia, descoberta e ação de novas vacinas, visando compreender de forma mais eficaz o “comportamento” do vírus, a fim de encontrar a cura desejada e necessária para toda a sociedade. E nesse ínterim, a enfermagem segue manejando o cuidado com arte e ciência, garantindo a gestão dos processos de trabalho e cuidado humano visando a vida e contribuindo para o controle da assustadora pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi IC, Adamy EK, Toso BRGO, Souza JB. 200 Anos de Florence e os desafios da gestão das práticas de enfermagem na pandemia COVID-19. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4576.3358>
2. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf
3. Brasil. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*; 2018; 23(2):431-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
5. GLERIANO JS, Fabro GCR, Thomaz WB, Goulart BF, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, 24, n. spe, e20200188, 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000500502&Ing=en&nrm=iso. access on 15 Nov 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0188>
6. Mota A, Marinho MGSC. Educação, Medicina e Saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares [Internet]. Santo André: UFABC; 2018 [citado 2020 nov 15]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_162_miolo_medicina_v10_divulg.pdf#page=143
7. Machado MH, Ximenes Neto FRG. The Management of Work and Education in Brazil's Unified Health System: Thirty years of progress and challenges. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 Jun;23(6):1971-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.
8. Oliveira WK, Duarte E, França VA, Garcia LP. How Brazil can hold back COVID19. *Epidemiol Serv Saude*; 2020;29(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>
9. Souza DO. The COVID-19 pandemic beyond Health Sciences: reflections on its social determination. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 16]; 25 (1): 2469-2477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>
10. Silva Teodósio SSC da, Leandro SS, organizadores. *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. Brasília, DF: ABen/DEAB, 2020. 86 p. (Série enfermagem e pandemias, 3) e-Book (PDF)
11. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 AUG 12]; 45(14). doi: 10.1590/2317-6369ED0000120
12. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário da COVID-19. *Rev enferm UERJ*. [internet]; 2020 Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/49596>
13. Byrne MD. Telehealth and the COVID-19 Pandemic. *J Perianesth Nurs*; 2020; 35(5):548-551. doi: 10.1016%2Fj.jopan.2020.06.023
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2020.