



Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática

Rachel Esteves Soeiro¹
Rubens Bedrikow¹
Bruna Daniele de Souza Ramalho²
Ana Júlia Schmidt Niederauer²
Clarissa Vasconcellos de Souza²
Carolina Stivanin Previato²
Diego Bonaparte Martins²
Thaís Machado Dias¹
André Ricardo Ribas Freitas³
Giuliano Dimarzio²

Em dezembro de 2019 foi identificado um novo vírus chamado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, responsável por quadros respiratórios com a possibilidade de evolução para uma síndrome respiratória aguda grave (ZHOU et al., 2020). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia pelo COVID-19 e, desde 20/03/2020, o Brasil declarou a transmissão sustentada do COVID-19.

Pesquisas recentes demonstram que o vírus pode permanecer de 9 horas a 9 dias na forma de aerossóis, o que aumenta o risco de contaminação dos profissionais de saúde, das suas famílias e da população, caso as orientações, já previamente conhecidas, não sejam adotadas (PATIENTS et al.). Uma estudo chinês evidenciou que o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), inclusive a máscara N95, não garantem totalmente a não contaminação dos profissionais de saúde (SIZUN et al., 2000; NG et al., 2020).

Globalmente, há 912.098 casos confirmados e 45.540 mortes já registradas. A Itália registra 110.540 casos confirmados, com 20% de contaminação entre profissionais da saúde (WORLDOMETER; REMUZZI, 2020).

Dentro desse quadro, acreditamos que a "Atenção Primária à Saúde" (APS) tem grande relevância no

enfrentamento de epidemias como a dengue, COVID-19, e no acompanhamento longitudinal, na promoção e na prevenção à saúde.

Nesse momento, a principal estratégia de controle da epidemia que dispomos consiste no isolamento social, na diminuição da circulação das pessoas e de aglomerações. Esse cenário significa, inclusive, a redução do deslocamento de pessoas às unidades básicas de saúde (UBS). Assim, as consultas agendadas foram canceladas e os receituários tiveram suas validades aumentadas, para que não haja a necessidade de renovação nesse período. As evidências mostram que, mesmo garantindo os EPI's propostos pelo Ministério da Saúde, não é possível garantir totalmente a segurança dos profissionais.

O papel da APS no Enfrentamento à COVID-19

Nesse contexto, discute-se o papel da APS no combate à epidemia, seus atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado), bem como seus atributos derivados de Orientação familiar/comunitária e competência cultural. Assim, uma abordagem centrada na comunidade se torna diretriz essencial (NACOTI et al., 2020). Uma APS que exerça

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Medicina, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Campinas, SP, Brasil.

² Faculdade São Leopoldo Mandic, Curso de Medicina, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Rua José Rocha Junqueira, 13, Swift, 13045-755, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para: G Dimarzio. E-mail: <giuliano.dimarzio@gmail.com>.

³ Faculdade São Leopoldo Mandic, Curso de Medicina. Campinas, SP, Brasil.



suas competências de maneira efetiva no enfrentamento à epidemia é imprescindível para o êxito de toda a Rede de Atenção à Saúde, seja pública ou privada. Especialmente se tivermos um enfoque que restrinja a transmissibilidade da doença por meio dos pacientes que se dirigem aos Centros de Saúde.

Ao se analisar as competências dos médicos de família e comunidade elaboradas pelo CanMEDS (The College of Family Physicians of Canada) (SHAW, 2017), torna-se pertinente e inovador articulá-las com a maneira pela qual devemos lidar com a epidemia da COVID-19. Frente a isso, apresentamos possíveis relações e orientações:

Expertise da Medicina de Família e Comunidade (MFC).

A abordagem centrada na pessoa, e a relação do profissional em saúde como central para o cuidado médico, garante aos acometidos e suspeitos de contágio, uma análise integral do seu caso, uma avaliação de risco mais acurada, e maior segurança por meio da valorização de um olhar sistêmico para paciente e comunidade. Lidar com incertezas e tomada de decisões complexas a partir das melhores evidências, traz elementos essenciais da nossa prática para o contexto real de pessoas e da comunidade.

A Colaboração da APS junto aos demais níveis de atenção, que no caso de uma epidemia como a COVID-19, torna-se mandatória; especialmente nos cenários de urgência e emergência. É necessário otimizar o atendimento, bem como a parceria com os equipamentos de saúde dos demais níveis assistenciais. Para além disso, ações de educação em saúde são fundamentais para uma rede protetora eficaz que garanta segurança e qualidade, especialmente no caso de uma demanda comunitária de epidemia viral.

Entretanto, o profissionalismo depende do autocuidado de cada profissional, e pela atualização em relação às medidas de proteção individual, mas; fundamentalmente, por um sistema mais amplo e gestores que garantam EPI's e estabeleçam fluxos de acesso à população conforme a avaliação de risco e vulnerabilidade.

A Educação em Saúde e a Comunicação, atributo destacado no documento citado anteriormente, estreitam-se de maneira singular neste momento. As diretrizes internacionais indicam a adoção de cuidado por vias remotas, por mensagens instantâneas, 0800 e outras estratégias de telemedicina que possam garantir celeridade e pertinência à tomada de decisões das

pessoas, de profissionais e gestores; seja antes, durante ou após os encontros clínicos. Elas também impedem o deslocamento de pacientes às unidades de saúde em qualquer nível de atenção, e a possibilidade de exposição ao vírus.

A advocacia da saúde é um pilar que referenda a defesa de toda e qualquer família e comunidade, principalmente aos que vivem em situações de vulnerabilidade social. O enfrentamento da determinação social das doenças é fundamental em uma epidemia como o COVID, que revela as profundas iniquidades em saúde, tais como o acesso aos tratamentos necessários.

Nesse sentido, a liderança da APS deve estar em relevo nos ambientes institucionais de ensino, pesquisa e assistência, para o enfrentamento e a inovação para o desenvolvimento e implantação de estratégias eficientes nesse momento de incertezas e necessidades.

Deste modo, acreditamos que o modelo de atenção primária com enfoque para a comunidade, baseada nas melhores evidências para a tomada de decisão dos gestores municipais e coordenadores de APS, visa promover a segurança de todos os profissionais de saúde e das pessoas-em-cuidado. Frente a essas diretrizes, desenvolvemos um conjunto de propostas:

1. Formação de uma equipe de trabalho mínima para atendimentos nos Centros de Saúde, com rodízio de participação entre os profissionais, a fim de reduzir os riscos desnecessários de exposição, e a intensidade de trabalho. Desse modo, é possível economizar EPI's e garantir uma quantidade de material durante toda a epidemia (ZHEJIANG UNIVERSITY, 2020). Associado a isso, é necessário criar um canal remoto de atendimento via telefone, mensagens instantâneas ou vídeo, que possa ser realizado pelos profissionais ausentes dos Centros de Saúde. Os atendimentos remotos são essenciais nesse momento, como foi descrito em outros países como China e Inglaterra (ZHEJIANG UNIVERSITY, 2020), com o objetivo de diminuir o fluxo de visitantes nos serviços de saúde, minimizando o risco de infecção cruzada entre os pacientes e os profissionais da saúde. Essa ferramenta pode ser utilizada com diversos objetivos, tais como: triagem dos pacientes e orientação do fluxo de atendimento nas unidades de saúde; como um canal de educação em saúde e aconselhamentos (GREENHALGH et al., 2020); como forma de divulgação de informações de higiene pessoal, de uso correto das máscaras e de informações sobre o correto isolamento domiciliar (LI; ZHU, 2020). Também pode ser pensado como forma de aconselhamento psicológico para combater medos e

pânicos (LI; ZHU, 2020).

2. A telemedicina, autorizada no Brasil pela portaria nº 467 em 20 março de 2020, e as ferramentas de mediação por teleconferência devem ser uma importante diretriz ao enfrentamento do COVID-19 em todos os municípios, com a utilização das equipes ausentes do atendimento presencial.

Na atual conjuntura, a Telemedicina surge como uma proposta de operacionalização viável no atendimento à distância, em caráter emergencial e excepcional no enfrentamento da epidemia. Desse modo, o médico pode oferecer atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, de monitoramento e diagnóstico. Por meio das tecnologias de informação e comunicação, é possível garantir a integridade, a segurança e o sigilo das informações. A telemedicina tem sido utilizada com sucesso entre os países que obtiveram resultado positivo na redução de casos e contenção do contágio, como, por exemplo; em Singapura (TAN, 2020; HOLLANDER, 2020).

Algoritmos também têm sido utilizados como triagem automática, e essas informações poderão ser utilizadas posteriormente em estudos epidemiológicos, padronizando os screenings dentro da realidade local, e melhorando a atenção aos doentes (HOLLANDER, 2020).

No momento em que a doença estiver no seu pico de transmissão, lançar mão de uma ferramenta que reduza a exposição ao vírus, sem deixar de prestar assistência, é de enorme valia, e surge como forma de manter a acessibilidade, a universalização do atendimento e a prevenção de contágio comunitário; com a potencialidade de redução de infectados e doentes. As questões éticas relacionadas à Telemedicina foram endereçadas no documento “Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização de Telemedicina”, adotadas pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, e vigentes até hoje. O Código de Ética Médica prevê a prescrição, o tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, em casos de urgência e emergência. Nesses casos, o intuito é zelar pela integridade física de médicos, pacientes e reduzir a propagação do Novo Coronavírus.

3. Garantia do fornecimento de equipamentos de EPI's como máscaras de proteção, óculos, luvas descartáveis, gorro e proteção descartáveis para sapatos, capote ou avental descartável para cada atendimento; assim como o treinamento de seu uso correto para a equipe mínima, e para todos que estiverem na linha de frente; minimizando o risco de contaminação pelos profissionais.

Sendo recomendado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), pelo informe do dia 21 de março de 2020, “os profissionais de saúde (pública e privada) só devem atender a população de risco com o uso de EPI's completos. Também salienta que as unidades de saúde são obrigadas a fornecer todo material para seus colaboradores. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou no dia 31 de março de 2020 uma atualização da “NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020”, que fornece orientações para os serviços de saúde. Essa nota traz informação relevante sobre o uso das máscaras de proteção, sua correta indicação, os diferentes tipos, além do uso correto. Ela também menciona quais EPI's devem ser utilizados em cada tipo de atendimento pelos profissionais de saúde, pacientes e seus acompanhantes, e a forma de descarte após cada atendimento. O Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos publicou uma série de recomendações tanto para higienização quanto para a importância do uso de EPI's, e os principais pontos que devem ser levados em consideração para uma adequada proteção:

1. Os profissionais de saúde devem lavar as mãos por pelo menos 20 segundos com água e sabão, antes de examinar cada paciente, e após o término do exame;

2. Treinamentos dos profissionais para triagem e abordagem dos casos suspeitos, e o isolamento dos casos confirmados;

3. Os EPI's incluem: avental, capote, máscara (N95), máscara cirúrgicas, óculos, gorro, proteção descartáveis para sapatos e luvas;

4. Disponibilizar máscaras cirúrgicas para pacientes e acompanhantes, além da higienização das mãos;

5. Seguir as recomendações padrão para o uso EPI's descartáveis.

4. O aumento da capacidade de testagem dos profissionais de saúde sintomáticos, e o afastamento por 14 dias (GODLEE, 2020; PRETO, 2020). Essa proposta está dentro da lógica de que indivíduos que apresentem positividade para infecção pelo coronavírus são detectados em uma semana, antes de se tornarem transmissores da doença. Desse modo, permitiria o seu afastamento como forma de contenção do contágio. Esse raciocínio tem sido defendido não só para testagem de trabalhadores da saúde, mas também para a população em geral, em países como a Inglaterra, aos moldes das condutas realizadas na China, Coreia do Sul e Singapura. Nesse momento, essa medida é mais rápida e barata do que a produção de uma

vacina. Além disso, a testagem sorológica permite saber quais profissionais de saúde apresentam imunidade ao vírus e podem retornar ao trabalho com segurança. Em 24 de março de 2020 o Ministério da Saúde ampliou os testes para profissionais da saúde, disponibilizando o teste rápido, no qual se avalia a presença de IgM e IgG para o vírus no soro do indivíduo. No entanto, o teste sorológico mostra apenas se o indivíduo se encontra imunizado pelo vírus, mas não detecta os possíveis infectados dentro da janela imunológica, que também são fontes de infecção. Assim, não resolve o problema de se reduzir a carga viral durante a assistência de pacientes com ou sem COVID-19.

O *Food and Drug Administration* (FDA) americano autorizou que um kit de testes de PCR possa ser analisado em equipamentos utilizados para amostras de HPV, por laboratórios credenciados para análise de PCR. Essa medida viabiliza um maior número de análises do material coletado, e se apresenta como uma alternativa à testagem em massa (GODLEE, 2020). Entretanto, há um esforço para tornar o exame disponível em grande número, com o objetivo de melhorar o bloqueio na cadeia transmissão do vírus.

5. A implementação de fluxograma na assistência a pacientes suspeitos de COVID-19 é essencial para evitar a contaminação dos trabalhadores de saúde. Além da disponibilidade de EPI's apropriados e disponíveis em número suficiente, é necessária a definição da ordem de serviço, de acordo com previsto na Norma Reguladora 32, que tem por finalidade "estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde." A norma também prevê que deve haver um Programa de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA), contemplando a avaliação de risco biológico. Essa análise deve abranger o local de trabalho, e considerar as medidas de proteção a serem adotadas, de acordo com as particularidades de cada ambiente de trabalho. As Unidades Básicas de Saúde têm diferentes layouts e as Ordens de Serviço devem ser formuladas considerando a arquitetura particular de cada uma delas. Também é imperativo que haja capacitação dos profissionais: "Os trabalhadores envolvidos devem receber capacitação inicial e continuada" (NR 32, item 32.3.10.1) sobre a utilização dos equipamentos, seus modos de operação e dos seus riscos. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2005). A Norma Regulamentadora 1 prevê que cabe ao empregador "elaborar Ordens de Serviço sobre segurança e saúde no trabalho, dando ciência aos trabalhadores" (NR1, item 1.4.1). Dessa forma, nos serviços que envolvem riscos biológicos de contaminação

dos trabalhadores, é necessária a definição clara de zona limpa e zona contaminada, para que a paramentação e desparamentação sejam estabelecidos de forma segura. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1978).

É necessário delimitar a distância do paciente nas áreas de recepção para a triagem. Pacientes com sintomas respiratórios podem ter a triagem realizada em ambiente externo anexo a unidade, e devem ter seu atendimento priorizado. Os trabalhadores da triagem devem fornecer máscaras para pacientes sintomáticos e os direcionar para locais ventilados, distanciando-os dos demais pacientes.

6. Aproximação entre os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, para a realização de ações conjuntas e coordenadas, garantindo a segurança dos profissionais de saúde. O atendimento centrado no paciente deve ser substituído pelo atendimento centrado na comunidade, como já explicitado anteriormente. (NARCOTI et al., 2020)

Para isso, é de extrema importância a adaptação de Centros de Saúde específicos (indicados pelo Órgão Gestor Municipal) como locais de referência para atendimento de sintomáticos respiratórios, assumindo um papel resolutivo em casos leves que buscam por atendimento presencial, e oferecer medidas de suporte e conforto, de isolamento domiciliar e monitoramento. Em casos graves, é necessária a identificação precoce, por meio de uma avaliação qualificada baseada na melhor evidência disponível, pela estabilização clínica, e encaminhamento rápido e deslocamento aos centros de referência de urgência e emergência ou hospitais. Assim, seria possível mitigar e racionalizar a demanda nos serviços de pronto-atendimento nos hospitais. Para essa avaliação qualificada é necessário garantir uma infraestrutura adequada para exames complementares e suporte de vida.

Os serviços de atendimento domiciliar, clínicas móveis e a telemedicina também são úteis, pois evitam movimentação desnecessária, e atenuam a pressão dos serviços secundários e terciários. Cuidados como monitorização de sinais vitais, oxigenioterapia precoce e nutrição, podem ser realizadas nas residências de pacientes com quadros leves e convalescentes, estabelecendo assim um amplo sistema de vigilância e isolamento adequado. (NARCOTI et al., 2020)

Desse modo, essa abordagem limitaria a hospitalização a um alvo específico de gravidade da doença, diminuindo o contágio, protegendo pacientes e profissionais de saúde, e minimizando o consumo de equipamentos de proteção. (NARCOTI et al., 2020)

7. Garantia de suporte psicológico e acolhimento para todos profissionais de saúde que estão nos três níveis de atenção, entendendo que a rede de atenção é uma estratégia eficaz para o enfrentamento ao COVID-19.

A OMS define saúde mental como um “estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”.

No contexto da pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde estão constantemente expostos a situações que desencadeiam estresse e incertezas. Primeiramente porque a pandemia contempla um desafio do qual, por sua excepcionalidade, não se sentem devidamente preparados perante as indefinições de como o SARS-CoV-2 se comporta no indivíduo e na comunidade.

O impacto psicológico da pandemia de COVID-19 na saúde mental inclui ansiedade, pânico e paranoia, e muitos profissionais de saúde enfrentam transtorno de adaptação. (OMS, 2018)

Os protocolos de suporte psicológico podem reduzir os transtornos ao lidar com a situação. O desafio de prover auxílio psicológico no contexto de isolamento pode ser beneficiado pela telemedicina pelas videoconferências, aplicativos ou telefone. (ZHOU, ET AL, 2020)

CONCLUSÃO

Esse artigo apresenta diretrizes para o atendimento nas UBS, a partir do papel Atenção Primária à Saúde no atual contexto de Pandemia da COVID-19. O objetivo é intensificar as relações entre médicos e pacientes de forma segura, visando um atendimento de qualidade. Frente a isso, os profissionais da Atenção Primária, responsáveis por esse trabalho, acreditam que os principais pontos a serem destacados são: atendimento via Telemedicina (nos casos de baixa e média complexidade); o uso irrestrito de EPI's durante os atendimentos nas unidades de saúde; cuidado à saúde mental e condições básicas de trabalho para os profissionais dos profissionais da APS; e estrutura de testagem dos pacientes. Desse modo, mesmo em um cenário de incertezas, acreditamos que o atendimento presencial deverá ser mais seguro, otimizado e que possa utilizar as formas de atendimento à distância para promover atenção à saúde acessível, coordenada e colaborativa.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

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). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 (atualizada em 31/03/2020). 2020.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde Nº 467, 20 de março 2020. Acesso em 02 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>

3. Center for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting. [Internet]; 2020.

4. Center of Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>.

5. CREMERJ. Informe - Recomendação de Medidas aos médicos. Rio de Janeiro. 2020. <https://www.cremerj.org.br/informes/>

6. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2020 Apr 5];368:m1182. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1182>

7. Godlee F. The burning building. Editor choice. BMJ [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 5];368. Available from: <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/>

8. Gov. Uk. COVID-19: interim guidance for primary care, <https://www.gov.uk/government/publications/wn-cov-guidance-for-primary-care>. Updated march 2020.

9. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. 2020 Mar 11;

10. Li DKT, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. Vol. 8, Family Medicine and Community Health. BMJ Publishing Group; 2020.

11. Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora

32. Portaria MTb no485. 2005 p. DOU 16/11/05.

12. Brasil. Ministério do Trabalho. Norma regulamentadora 1. Portaria MTb no 3.214. 08 de junho de 1978. 1978 p. DOU 06/07/78.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde-Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. (versão 5). Brasília – DF, março 2020.
14. NARCOTTI, M. et al. At the epicenter of the covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *New England Journal of Medicine*. March 2020. DOI:10.1056
15. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH, Shan Quah JL, Loh WJ, Wong YJ, et al. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. *Ann Intern Med*. 2020 [Online ahead of print].
16. Patients L, Taylor D, Lindsay AC, Halcox JP. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *New Engl*. 2020;0-2.
17. PRETO J. Covid-19 mass testing facilities could end the epidemic rapidly. *BMJ*. 2020; 368:m1163.
18. REMUZZI, A.; REMUZZI, G. Health Policy COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, v. 2, p. 10–13, 2020. Elsevier Ltd. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)>.
19. SHAW E, Oandasan I, Fowler N, eds. *CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum*. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada; 2017
20. SIZUN, J.; YU, M. W. N.; TALBOT, P. J. Survival of human coronaviruses 229E and OC43 in suspension and after drying on surfaces: a possible source of hospital-acquired infections., p. 55–60, 2000.
21. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Recomendações da SBPT sobre o uso de máscaras no âmbito da COVID-19. Brasília: março de 2020.
22. TAN SS, YAN B, SAW S, LEE CK, CHONG AT, JUREEN R, SETHI S. Practical laboratory considerations amidst the COVID-19 outbreak: early experience from Singapore. *J Clin Pathol*. 2020.
23. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV). [Internet]; 2020.
24. World Health Organization. Acessado em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em 31 de março de 2020
25. World Health Organization. Problem Management Plus - Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, 2018.
26. WORLDOMETER. Coronavirus cases. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Acesso em 1º de abril de 2020.
27. WORLDOMETER. Italy coronavirus cases. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/italy/>. Acesso em 1º de abril de 2020.
28. ZHEJIANG, University School of Medicine - the First Affiliated Hospital. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. China: Jack Ma Foundation and Alibaba Foundation, 2020. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Articles Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan , China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;6736(20):1-9. ZHOU X. et al. The Role of f Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. Março de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>. Acessado em 31 de março de 2020