



Implementação de um fluxograma em unidade de pronto-atendimento durante a pandemia da COVID-19

Implementation of a flowchart in emergency unit during the pandemic of COVID-19

Implementación de un diagrama de flujo en unidad de emergencia durante la pandemia de COVID-19

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos¹

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva¹

Miguel Henrique da Silva dos Santos¹

Kirley Kethellen Batista Mesquita¹

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro¹

1. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência da equipe de saúde na implementação de um fluxograma em Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) durante a pandemia da COVID-19. **Método:** estudo descritivo com relato de experiência sobre a implementação de um fluxograma de atendimento durante a pandemia da COVID-19, em uma UPA no Ceará, entre os meses de março a julho de 2020, onde estiveram envolvidos em torno de 116 profissionais, realizando as ações do tipo: cadastro, classificação de risco, avaliação clínica, exame físico, notificação imediata, coleta de exames laboratoriais, coleta de swab de nasofaringe, internação e inserção na central de regulação de transferência, com base no Ministério da Saúde (MS). **Resultados:** o aumento dos casos da COVID-19 trouxe a necessidade de reorganizar o fluxo de atendimento nos serviços de saúde, e uma das estratégias realizadas nas UPAs, ocorreu por meio da implementação de um fluxograma que garantisse a agilidade na dinâmica da assistência prestada ao usuário com os sintomas respiratórios, permitindo o manejo clínico e a aplicação das medidas sanitárias adequadas, conforme rege o MS, bem como o diagnóstico precoce dos casos de infecção pelo novo coronavírus. **Conclusão e implicações para a prática:** a implementação do fluxograma agilizou a identificação de possíveis casos positivos, reduziu o tempo para o início do atendimento a este paciente, e a exposição do paciente e do profissional de saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Emergência; Equipe de Saúde; Sistema Único de Saúde; Urgência.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of the health team in the implementation of a flowchart in an Emergency Care Unit (ECU) during the COVID-19 pandemic. **Method:** descriptive study with experience report on the implementation of a flowchart of care during the COVID-19 pandemic, in a ECU in Ceará, Brazil, between March and July 2020, where around 116 professionals were involved, performing actions such as registration, risk classification, clinical evaluation and physical examination, immediate notification, collection of laboratory tests, collection of nasopharynx swab, hospitalization and insertion in the transfer regulation center, based on the Ministry of Health (MH). **Results:** the increase in cases of COVID-19 brought the need to reorganize the flow of care in health services and one of the strategies performed in the ECU occurred through the implementation of a flowchart that ensured agility in the dynamics of care provided to the user with respiratory symptoms, allowing clinical management and application of appropriate sanitary measures, as the MH governs, as well as the early diagnosis of cases of infection by the new coronavirus. **Conclusion and implications for the practice:** the implementation of the flowchart streamlined the identification of possible positive cases, reduced the time to start care for this patient, and the exposure of the patient and health professional.

Keywords: COVID-19; Emergency; Health Team; Unified Health System; Urgency.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia del equipo de salud en la implementación de un diagrama de flujo en una unidad de atención de emergencia (UPA) durante la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio descriptivo con relato de experiencia sobre la implementación de un flujoograma de atención durante la pandemia de COVID-19, en una UPA en Ceará, entre marzo y julio de 2020, donde participaron alrededor de 116 profesionales, realizando acciones como registro, clasificación de riesgos, evaluación clínica y examen físico, notificación inmediata, recolección de pruebas de laboratorio, recolección de hisopado de nasofaringe, hospitalización e inserción en el centro de regulación de transferencia, basado en el Ministerio de Salud (MS). **Resultados:** el aumento de casos de COVID-19 trajo la necesidad de reorganizar el flujo de atención en los servicios de salud y una de las estrategias realizadas en las UPAs ocurrió a través de la implementación de un diagrama de flujo que aseguró agilidad en la dinámica de atención prestada al usuario con síntomas respiratorios, permitiendo el manejo clínico y la aplicación de medidas sanitarias adecuadas, como rige la MS, así como el diagnóstico precoz de los casos de infección por el nuevo coronavirus. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** la implementación del diagrama de flujo agiliza la identificación de posibles casos positivos, reduce el tiempo para iniciar la atención de este paciente y la exposición del paciente y del profesional de la salud.

Palabras clave: COVID-19; Emergencia; Equipo de Salud; Sistema Único de Salud; Urgencia.

Autor correspondente:

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos.
E-mail: reginakellyguimaraesgomes@gmail.com

Recebido em 04/07/2022.

Aprovado em 05/01/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0233pt>

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus (2019-nCoV ou Sars-Cov-2), descoberta no mês de dezembro de 2019, em Wuhan na China, por meio de amostras colhidas no trato respiratório de doentes, e tem transmissão direta pelo ar e/ou pelo contato das mãos em superfícies contaminadas que carregam os vírus para as mucosas oronasais e/ou olhos.¹

Os números globais de casos confirmados e óbitos ainda preocupam bastante. Até o dia 10 de junho de 2022, foram confirmados 532.201.219 casos da COVID-19 no mundo, e 6.305.358 mortes. Apesar de já terem sido administradas 11.854.673.610 doses de vacina, em todo o mundo até a referida data. No Brasil, o número de casos confirmados soma 31.315.777 e 667.647 óbitos, com 49.614 novos casos nas últimas 24 horas, isso poderá trazer mais problemas ao sistema de saúde pública, se as novas ondas surgirem.²

Em plena era pandêmica, os serviços de saúde, em nível mundial, precisaram superar suas lacunas para se adequar rapidamente e atender à demanda de pacientes contaminados, ao mesmo tempo em que se esforçavam para manter a assistência aos doentes crônicos e agudos.³

No Brasil, especificamente, no Estado do Ceará, para atender os casos mais graves e gerenciar os casos com sintomas leves, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas por dia, como unidades intermediárias entre a Atenção Básica e os hospitais, tiveram que se adaptar para que os casos suspeitos e graves de COVID-19 fossem priorizados, reorganizando as ações e os procedimentos realizados pelos profissionais atuantes nestes locais.^{4,5}

Nesse processo de reorganização na área da saúde, foram utilizados fluxogramas de atendimentos que são ferramentas criadas por gestores dos serviços, a partir de orientações contidas em documentos de fontes nacionais e internacionais, para direcionar o trabalho de todos os profissionais que prestam assistência direta ou indireta a um paciente, além de combater o surto na pandemia pela COVID-19, considerada uma doença altamente contagiosa que pode ser transmitida por pessoas assintomáticas. Portanto, no momento atual, novos fluxos de trabalho tiveram que ser elaborados e implementados nos serviços de saúde, como forma de mitigar os casos, sendo considerados planos de enfrentamento para nortear o atendimento de pessoas suspeitas e confirmadas.⁶

Assim, implementar um fluxograma em UPA para atender o paciente com sintomas respiratórios, com suspeita de infecção pela COVID-19 foi fundamental para diagnosticar e intervir precocemente nos casos positivos, e, ao mesmo tempo, em que fosse assegurado a assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Além disso, faz-se necessário destacar o elevado número de óbitos no país, a segurança do paciente e dos profissionais de saúde, durante a assistência à saúde, a minimização de riscos e a orientação adequada aos usuários para mitigar os agravos pela doença.⁷

Dessa forma, o estudo tem por objetivo descrever a experiência da equipe de saúde na implementação de um fluxograma em UPA durante a pandemia da COVID-19.

METODO

Trata-se de um estudo descritivo, um relato de experiência sobre a atuação da equipe de saúde na implementação de um fluxograma para o manejo clínico de pacientes com sintomas respiratórios durante a pandemia, em uma das nove UPAs, localizada no município de Fortaleza-Ceará. O serviço é vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, sendo administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS), por meio de um contrato de gestão com o governo estadual. É referência no atendimento do público em geral, de urgência e emergência, sob a esfera do SUS.

O serviço dispõe de atendimentos com o perfil clínico, traumas, psiquiátricos, gineco- obstétricos, de urgência e emergência, referenciando para os serviços terciários, pacientes que necessitam de exames/especialidades/procedimentos mais complexos, por meio da central de regulação de leitos do estado ou município.

Antes da pandemia, a estrutura física da UPA era formada por: recepção, uma sala de espera, duas salas para Classificação de Risco (CR), três consultórios para o atendimento médico adulto, dois para o atendimento médico infantil, uma sala de medicação adulto, uma sala de medicação infantil, uma sala de observação adulto, uma sala de sutura, uma sala de Eletrocardiograma (ECG), uma sala de raio x, um laboratório de coleta, uma sala de observação infantil, uma sala de observação adulto e uma sala vermelha. Com o início da pandemia, alguns espaços foram readequados, dentre eles, foi adaptado um consultório privativo para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios, e a observação adulto e infantil foi modificada para o setor de internação de pacientes graves.

Quanto à equipe de saúde, passou a ser composta por um profissional médico, um enfermeiro, a mais, em cada plantão, assim composta por: sete médicos, cinco enfermeiros, nove técnicos de Enfermagem, dois técnicos de laboratório, dentre outros. A unidade funciona 24 horas por dia. Cada equipe, seja assistencial ou administrativa trabalha em regime de plantão de 12 horas.

Mesmo antes da chegada da pandemia ao estado, portanto, antes do decreto estadual sobre o isolamento social em 19 de março de 2020, representantes da direção de gestão e atendimento, gerência de risco, médicos consultores da OSS, seguindo as orientações internacionais, conforme os protocolos clínicos já emitidos pela OMS e MS, vinham elaborando um fluxograma destinado ao atendimento de pacientes com sintomas respiratórios, e assim iniciaram, em caráter de emergência, a implementação deste instrumento, considerando que no Brasil ainda não existia nenhum tipo de tecnologia sistematizada direcionada aos pacientes com esse perfil, em UPA.

Como a quantidade de pacientes assistidos diariamente no serviço é elevada, o que normalmente já provoca uma aglomeração na sala de espera, a primeira iniciativa foi evitar tal situação, por meio de treinamentos diários de todos os funcionários do serviço, relacionados à implementação do fluxograma, bem como o uso e o descarte dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de forma que todas as etapas do fluxograma fossem percorridas, com o objetivo de garantir a agilidade no atendimento e a segurança dos pacientes e dos profissionais. Para tanto, a equipe interdisciplinar de saúde desenvolveu um trabalho de forma integrada, interdependente e coesa.

Os treinamentos para dar início à implementação do fluxograma aconteceram pouco tempo após o decreto estadual de 19 de março de 2020, no período de 23 a 29 de março de 2020. Naquele período, as equipes eram orientadas, por telefone, a chegarem duas horas antes do seu plantão iniciar para participar da explicação do fluxograma, bem como de um processo de simulação rápida de um paciente, na sala da coordenação da unidade. Eles eram supervisionados pela coordenadora médica e de Enfermagem, contavam com a participação de 25 pessoas, a cada plantão, seja da equipe de saúde, como da equipe administrativa do serviço, e durava em torno de duas horas. Naquele momento, os profissionais tinham a oportunidade de sanar suas dúvidas sobre a implementação do fluxograma, bem como obter as informações relacionadas ao contexto pandêmico.

As orientações para a realização dos treinamentos, assim como para as ações realizadas no fluxograma eram feitas com base nas portarias emitidas, em caráter de urgência pelo MS. E, à medida que as informações eram atualizadas, elas eram repassadas aos profissionais do serviço, via grupos de *WhatsApp*, pelas coordenadoras médica e de Enfermagem, com as orientações para procurar a sala da coordenação, caso houvesse a necessidade de uma maior compreensão do que era repassado.

Descrição e implementação do fluxograma

O fluxograma específico para o manejo clínico de pacientes com os sintomas respiratórios durante a pandemia encontra-se representado pela Figura 1.

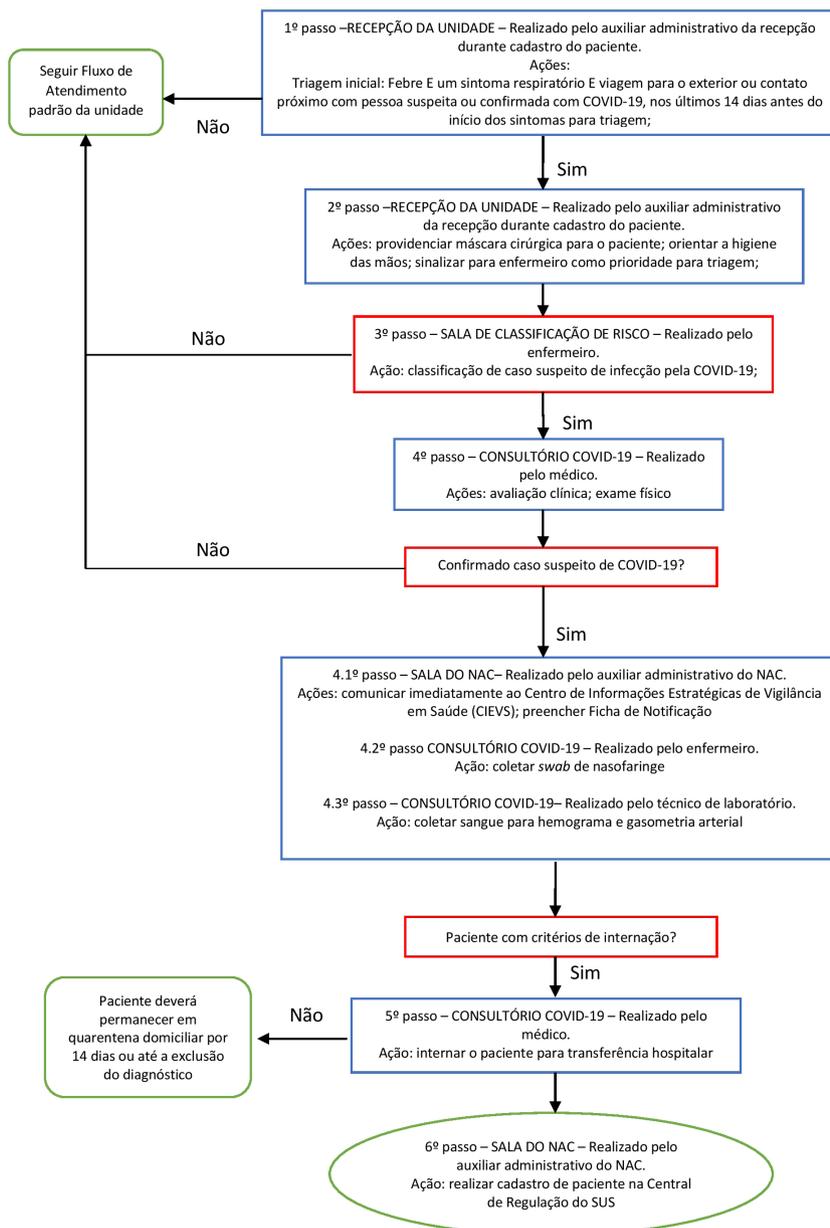


Figura 1. Fluxograma específico para o manejo clínico dos pacientes com sintomas respiratórios durante a pandemia. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

O primeiro e o segundo passo do fluxograma iniciavam com o cadastro do paciente na recepção da unidade, pelos auxiliares administrativos, por meio de uma triagem inicial. Diante da resposta positiva à presença dos três critérios pelo paciente, o profissional fornecia algumas orientações específicas e sinalizava para o profissional da CR como prioridade para o atendimento.

O terceiro passo era realizado pelo enfermeiro numa das salas privativas para a classificação do paciente com os sintomas respiratórios. Naquele momento, era feita uma análise mais criteriosa, por meio da queixa principal do paciente e dos parâmetros vitais verificados. Para a primeira confirmação, como caso suspeito ou não, e como prioridade para o atendimento médico. Ressalta-se que o protocolo utilizado nesse serviço é o *Manchester Triage System Internacional* (MTS), que classifica os pacientes em cinco níveis de urgência e determina um tempo máximo de espera para cada nível, a partir da avaliação de vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência.⁸ Após a classificação, quando os critérios para o caso suspeito não eram atendidos, utilizava-se o fluxo de atendimento padrão da unidade. Quando confirmado, o paciente era encaminhado para o consultório privativo da COVID-19.

No quarto passo, o paciente suspeito era assistido pelo médico. Após a avaliação, quando descartada a definição de caso suspeito, seguia-se o fluxo de atendimento padrão da unidade. Diante da confirmação, alguns procedimentos burocráticos e clínicos eram realizados pelo funcionário administrativo da unidade, técnico de laboratório e enfermeiro da sala de medicação, respectivamente (Passos 4.1, 4.2 e 4.3).

Por fim, quando o paciente avaliado pelo médico possuía ainda os critérios de internação (Passos 5 e 6), eram realizados outros trâmites burocráticos e ele permanecia internado na unidade (observação adulto ou infantil), assistido pela equipe de saúde, até o surgimento de uma vaga em um hospital terciário de referência/hospital campanha, pela central de regulação de leitos do estado ou município. Logo que era transferido, realizava-se a limpeza terminal no local em que ele se encontrava.

Vale ressaltar que foi considerado como um caso suspeito: para viajante: febre e pelo menos um sinal ou sintoma respiratório, e histórico de viagem para um país com transmissão sustentada ou área com transmissão local, nos últimos 14 dias do início dos sintomas; para o contato próximo: febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório, e histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para a COVID-19, nos últimos 14 dias do início dos sintomas; e para o contato domiciliar: contato com o caso confirmado de infecção por COVID-19 e febre, ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório.⁹

Já, os critérios para a internação: pacientes imunocomprometidos; com o diagnóstico de infecção do trato respiratório inferior com os sinais de gravidade; adolescente ou adulto com Frequência Respiratória (FR) maior que 30 incursões respiratórias por minuto (irpm), dispneia, saturação parcial de oxigênio menor que 90%, em ar ambiente, cianose e disfunção orgânica; crianças com o uso de musculatura acessória para a respiração, incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos, sibilância ou estridor, em

repouso, vômitos incoercíveis, alteração do sensorio (irritabilidade ou sonolência) e convulsões. Ainda, a FR que denotava gravidade era a saber: em crianças < 2 meses: FR menor ou igual a 60 irpm; em crianças > 2 meses: FR maior ou igual 50 irpm; em crianças de um a cinco anos: FR maior ou igual a 40 irpm.⁹

Por fim, é importante enfatizar que, inicialmente, tanto as equipes de saúde quanto a administrativa apresentaram dificuldades quanto ao manejo estrutural do fluxo, o que foi amenizado no dia a dia, após toda a equipe adquirir destreza em seguir as etapas. Além disso, todos os locais eram bastante sinalizados quanto à sua funcionalidade; toda a equipe procurava manter uma ajuda mútua; e dúvidas também podiam ser sanadas com os coordenadores de Enfermagem e médico da unidade, facilitando todo o processo.

RESULTADOS

Dentre os 13.088 atendimentos realizados, 3.564 pacientes foram diagnosticados com infecção pela COVID-19, no período de março a julho de 2020. Foram transferidos um total de 314 pacientes para os hospitais terciários. O número de óbitos totalizou 69. Foram realizados 340 testes RT-PCR no referido período. Um quantitativo expressivo de pacientes foi atendido no momento de pandemia. Ressalta-se que, com uma demanda menor de usuários com as manifestações clínicas de outras patologias, o tempo de espera permaneceu reduzido, já que a quantidade de profissionais que realizavam os atendimentos se manteve.

Durante os treinamentos diários para a implantação do fluxograma, que aconteceram durante uma semana, sempre antes do início dos plantões diurnos e noturnos, até que toda a equipe da unidade fosse treinada, o coordenador médico e de Enfermagem realizavam a simulação de um caso suspeito, de forma hipotética, percorrendo o fluxograma a ser utilizado. As dúvidas iniciais que surgiam eram sanadas pelos coordenadores naquele momento, sendo ressaltado que as posteriores poderiam ser respondidas, a qualquer momento, pelos mesmos, por via telefônica, por mensagens de *WhatsApp* ou na própria sala das coordenações. Ao final, participaram dos treinamentos, um coordenador médico; um coordenador de Enfermagem; 24 enfermeiros; 32 técnicos de Enfermagem; 16 funcionários administrativos e 42 médicos, totalizando 116 profissionais.

Torna-se importante destacar que, a partir do estabelecimento da pandemia da COVID-19 pela OMS, a entrada de qualquer paciente na UPA foi assistida desde os funcionários administrativos da recepção da unidade, passando pelo enfermeiro, devidamente paramentado e designado para a classificação de risco do paciente suspeito até o atendimento médico e/ou internação pela gravidade em decorrência da doença. Em todos os setores, havia salas privativas preparadas para tal situação e, em cada plantão, uma equipe responsável paramentada conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Este fluxograma de atendimento inicial para o manejo clínico de pacientes com os sintomas respiratórios, instituído nas UPAs vinculadas ao Estado do Ceará, foi implementado por toda a equipe de saúde e adaptado, conforme as atualizações

da OMS e MS, logo após início dos casos da doença na cidade. O reconhecimento dos sintomáticos, ou seja, com os sintomas respiratórios antes mesmo de entrarem nos locais dos serviços de saúde, constituiu uma rotina essencial para a redução da exposição dos pacientes e dos profissionais, além de prevenir a progressão da doença.⁹

DISCUSSÃO

Inicialmente, observa-se que as forças tarefas foram necessárias nas unidades de saúde, em nível mundial, para alcançar os níveis requeridos de assistência às pessoas acometidas pela COVID-19. A experiência, ora relatada, corrobora para o conhecimento que as adaptações tiveram que ser realizadas com as tomadas de decisões em tempos exíguos e com a integração e a qualificação dos profissionais de saúde e administrativos, conforme seus diferentes conhecimentos e especialidades. Pois, ambas as áreas eram essenciais para o sucesso no manejo do fluxograma, além do que, a dimensão da importância do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde se sobressai, essencialmente, quando o foco principal de suas decisões é prioritariamente pautado no paciente.¹⁰

Assim, o fluxograma para o manejo clínico dos pacientes com os sintomas respiratórios consolidou-se como uma ferramenta de grande valia na rotina de atendimento à pessoa com suspeita e/ou infecção pela COVID-19, em UPA. Nessa ótica, considera-se o atendimento de número importante de pessoas, a cada 24h, nesse serviço, tendo este local um importante papel ao assistir o paciente com os sintomas respiratórios, ajudando a enfrentar/combater, de forma emergencial, o surto de uma doença que desafiou os sistemas e os profissionais de saúde, em todo o mundo, devido ao elevado número de mortes.⁹

Pelo limitado número de estudos, as recomendações voltadas aos pacientes assistidos em urgência e emergência são preliminares e as condutas são baseadas nos órgãos dirigentes, OMS e MS, na experiência clínica e na discussão de especialistas e equipe multidisciplinar, pois ao procurar os artigos sobre o uso de fluxogramas em urgência e emergência no período pandêmico inicial, não foi possível encontrar periódicos que retratassem o assunto. Portanto, algumas sugestões foram traçadas para a priorização, o tratamento e a triagem dos pacientes cuja condição refletisse a ameaça imediata para a continuidade da vida, em que o prognóstico seria, significativamente, alterado pelo atraso no atendimento.¹¹

Sabe-se que muitas foram as lições trazidas com a pandemia da COVID-19. Entretanto, é essencial que as escolas de saúde invistam em Medicina de catástrofe, pois, apesar de o SARS-CoV-2 um dia, esteja menos presente entre nós, outros agentes patogênicos aparecerão, tal como surgem os fenômenos da natureza, causando o sofrimento nas famílias e nas sociedades.¹²

Com o intuito de agir rápido para promover a saúde dos pacientes com a suspeita de infecção pela COVID-19, num momento em que a saúde pública, em nível mundial, não possuía um tratamento antiviral específico ou vacina efetiva, houve um grande desafio de implementar o fluxograma para

manejo clínico desta doença. Para tanto, por ser uma doença nova para todos do serviço e da população, naquele momento, treinamentos rápidos sobre o manejo clínico da mesma, bem como o aprofundamento dos conhecimentos relacionados à temática eram essenciais, o que foi amenizado pela dedicação e a importância do trabalho em equipe e o interesse de cada um no aprofundamento da leitura sobre os documentos relacionados à doença e suas características.²

A finalidade primordial das ferramentas utilizadas na aplicação do fluxograma teve o intuito de tornar o sistema mais resolutivo e efetivo, minimizando o atraso no fluxo, atenuando as filas desnecessárias, e também por cumprir com o que é preconizado nos princípios doutrinários do SUS, tendo sido de fundamental importância, no cenário pandêmico, além de permitir a importância de um trabalho em equipe focado na melhor qualidade da assistência prestada ao paciente.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O relato evidenciou que a implementação de um fluxograma em UPA direcionado à assistência aos pacientes com os sintomas respiratórios, no cenário de pandemia, agilizou a identificação de possíveis casos positivos, bem como reduziu o tempo para o início do atendimento ao paciente, evitando as aglomerações no serviço, propiciando a segurança aos pacientes atendidos e a maior proteção dos mesmos e da equipe de saúde.

A integração do trabalho da equipe interdisciplinar foi fundamental, uma vez que, cada profissional interveio de acordo com seu conhecimento, e as diferenças técnicas ou especialidades se aliaram para a tomada de decisões, com o objetivo de prevenir, promover e recuperar a saúde dos pacientes assistidos nos serviços de urgência e emergência.

Portanto, para a equipe de saúde, participar da implementação de tecnologias aplicada à realidade do serviço de urgência/emergência, representou uma oportunidade de enriquecer e inovar a sua prática profissional, frente ao manejo dos pacientes com a doença infectocontagiosa, em cenários de pandemia.

Entre as limitações, está a impossibilidade de generalização dos seus resultados para os demais cenários de atendimento em UPA, seja na esfera nacional ou internacional, considerando que o fluxograma desenvolvido e aplicado traduz os resultados que representam o relato de um cenário específico, numa UPA, vinculada ao Estado do Ceará.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Coleta de dados. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Análise de dados. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Interpretação dos resultados. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Aprovação da versão final do artigo. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Regina Kelly Guimarães Gomes Campos. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva. Miguel Henrique da Silva dos Santos. Kirley Kethellen Batista Mesquita. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

EDITOR ASSOCIADO

Candida Primo Caniçali 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>. PMID:32113704.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
3. Lal A, Erondy NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet.* 2021;397(10268):61-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5). PMID:33275906.
4. Belarmino AC, Rodrigues MENG, Anjos SJSB, Ferreira Jr AR. Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 2):e20200470. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>. PMID:33111780.
5. Portela MC, Graboys V, Travassos C. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. Observatório Covid-19 Fiocruz [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42324>
6. Wei W, Zheng D, Lei Y, Wu S, Verma V, Liu Y et al. Radiotherapy workflow and protection procedures during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak: experience of the Hubei Cancer Hospital in Wuhan, China. *Radiother Oncol.* 2020;148:203-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2020.03.029>. PMID:32342870.
7. Facchini LA. Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS em Revista.* 2020;2(1):3-10. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i1.73>.
8. Lima KMSG, Santos HJ, Silva PR, Santos SMM, Souza SJG, Silva ADA et al. Importance of nurses in risk classification in emergency and emergency services. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020;3(5):12249-57. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n5-071>.
9. Casella M, Rajnik M, Cuomo A, Scott CD, Napoli RD. Features, evaluation, and treatment of Coronavirus (COVID-19). *Stat Pearls* [Internet]. 2021 [citado 2021 fev 24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
10. Santos CPRS, Fernandes AFC, Silva DM, Castro RCMB. Restructuring service at a mastology outpatient clinic during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(74, Suppl 1):e20200571. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0571>. PMID:33533804.
11. World Health Organization (WHO). Recomendaciones para La Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia da COVID-19. 2020. [citado 2020 Ago 24]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>
12. Abreu WJCP. COVID-19 pandemic: from respect for science to investments in National Health Services [Editorial]. *Rev Rene.* 2021;22:e61290. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212261290>.