




O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras

The role of primary care in the fight against the Covid-19: impact on public health and future perspectives

El papel de la atención primaria en la lucha contra el Covid-19: impacto en la salud pública y perspectivas futuras

Luis Arthur Brasil Gadelha Farias^{1,3} , Matheus Pessoa Colares^{1,4} , Francisca Kalline de Almeida Barretoti¹ , Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti^{1,5} 

¹ Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ). Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Programa de Residência Médica em Infectologia, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ Programa Mais Médicos pelo Brasil, Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil.

⁵ Faculdade de Medicina, Centro Universitário Christus (Unichristus). Fortaleza, Ceará, Brasil.

Resumo

A doença do novo Coronavírus (Covid-19) é causada pelo SARS-CoV-2 e representa o agente causador de uma doença potencialmente fatal que tem se revelado um problema de saúde pública global. A pandemia causada pelo Covid-19 tem causado prejuízos severos nos sistemas de saúde em diversos países. Diante do grande número de pessoas infectadas e da ausência de tratamento específico, várias nações têm enfrentado superlotação em seus hospitais. Com a confirmação de casos desta doença no Brasil, várias ações têm sido tomadas por gestores públicos e privados, tanto a nível hospitalar quanto em nível de atenção primária, a fim de minimizar os impactos para o Sistema Único de Saúde (SUS). O presente artigo apresenta uma breve análise do papel da atenção primária na luta contra o Covid-19 em âmbito nacional, além do impacto em saúde pública e das futuras perspectivas. Com base no grande número de pessoas infectadas no mundo e a experiência de diversos sistemas de saúde, torna-se imperativo a adaptação e adequação do SUS na condução de mecanismos de resposta para pandemia, sendo a atenção primária peça fundamental neste processo.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pandemias; Saúde Pública

Como citar: Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

Autor correspondente:

Luis Arthur Brasil Gadelha Farias.

E-mail: luisarthurbrasilk@hotmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 30/03/2020.

Aprovado em: 13/04/2020.



Abstract

The new coronavirus (Covid-19) disease is caused by SARS-CoV-2 and represents the causative agent of a potentially fatal disease that has proved to be a global public health problem. The pandemic caused by Covid-19 has caused severe damage to health systems in several countries. In view of the large number of infected people and the lack of specific treatment, several nations have faced overcrowding in their hospitals. With the confirmation of cases of this disease in Brazil, several actions have been taken by managers, both at the hospital level and at the level of primary care, in order to minimize the damage in the Unified Health System (SUS). This article presents a brief analysis of the role of primary care in the fight against Covid-19 at the national level, in addition to the impact on public health and future perspectives. Based on the large number of infected people in the world and the experience of different health systems, it is imperative to adapt and adequation the SUS in conducting response mechanisms for the pandemic, with primary care being a fundamental part of this process.

Keywords: Coronavirus Infections; Primary Health Care; Family Health Strategy; Pandemics; Public Health

Resumen

La enfermedad del nuevo coronavirus (Covid-19) es causada por el SARS-CoV-2 y representa el agente causal de una enfermedad potencialmente mortal que ha demostrado ser un problema global de salud pública. La pandemia causada por Covid-19 ha causado graves daños a los sistemas de salud en varios países. En vista de la gran cantidad de personas infectadas y la falta de tratamiento específico, varias naciones han enfrentado hacinamiento en sus hospitales. Con la confirmación de los casos de esta enfermedad en Brasil, los gerentes han tomado varias medidas, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria, para minimizar el daño en el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo presenta un breve análisis del papel de la atención primaria en la lucha contra Covid-19 en todo el país, además del impacto en la salud pública y las perspectivas futuras. Basado en la gran cantidad de personas infectadas en el mundo y la experiencia de diferentes sistemas de salud, es imperativo adaptar y adaptar el SUS en la conducción de mecanismos de respuesta a la pandemia, siendo la atención primaria una parte fundamental de este proceso.

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Pandemias; Salud Pública

Covid-19 é o acrônimo oficial da doença causada pelo agente SARS-CoV-2, isolado e genotipado a partir de amostras respiratórias de pacientes da cidade de Wuhan, cidade da China, após um surto de pneumonia de origem não identificada em dezembro de 2019.¹ O SARS-CoV-2, também conhecido como novo coronavírus, é um betacoronavírus de origem zoonótica cuja origem específica ainda não foi elucidada e tem sido associado a uma mutação do coronavírus presente em morcegos ou pangolim (animal comum na Ásia), ambos estando relacionados aos hábitos alimentares chineses e que podem ter transmitido aos seres humanos. A propagação do vírus se dá por gotas ou aerossóis, bem como pelo contato da mucosa com partículas nas superfícies pelas mãos.² A doença apresenta espectro clínico variado, desde sintomas leves como uma síndrome gripal (febre, coriza, tosse) até quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com evolução fatal.

Em 11 de Março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente que a infecção pelo SARS-CoV-2 elevou-se ao estado de pandemia.³ Até 05 de abril 2020, havia o registro de 1.133.758 casos confirmados e 62.784 óbitos, distribuídos entre 209 países no mundo. A China, local onde o vírus foi descoberto, possui um total de 82.930 casos confirmados, já ultrapassada pelos EUA com 273.808 casos e 7.020 óbitos (39:1). Espanha com 124.736 casos e 11.744 óbitos (11:1), Itália com 124.632 casos e 15.362 óbitos (8:1), e Alemanha com 91.714 casos e 1.352 óbitos confirmados (68:1).⁴ No Brasil, em 04 de abril de 2020, segundo dados atualizados do Ministério da Saúde, há 10.278 casos confirmados em todo território nacional, com São Paulo (SP) apresentando o maior número de pacientes até o momento (4.466), seguido pelo Rio de Janeiro (RJ), com 1.246 casos e o Ceará (CE), com 730 casos. Nesta data, eram 432 (24:1) o número de mortes atribuídas ao vírus a nível nacional, com uma letalidade

de aproximadamente 4,2%.⁵ Embora o número de casos no país ainda esteja distante de outras nações mais afetadas pela doença, este número encontra-se em crescimento, revelando padrão muito semelhante ao de países como Itália e Espanha, severamente afetados pela pandemia.

A infecção pelo SARS-CoV-2 representa uma nova entidade clínica com manifestações graves como pneumonia e insuficiência respiratória aguda, podendo evoluir ao óbito. Não obstante, o vírus apresenta alto potencial de transmissibilidade com letalidade dependente de fatores de risco, como a idade, presença de uma ou mais comorbidades e imunidade do indivíduo.⁶ Nesse contexto, embora o impacto seja incerto, é natural pensar que o vírus possa produzir volume de casos com gravidade suficiente para sobrecarregar os serviços de saúde nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

Na China, foi necessária a construção de hospitais de campanha, além de medidas como isolamento social, para suplantar a crise do sistema de saúde no país. Os hospitais Huoshenshan e Leishenshan, localizados em Wuhan, epicentro da epidemia, contaram respectivamente com 1.000 e 1.500 novos leitos para atender casos graves da doença.⁷ No contexto brasileiro, hospitais de campanha vêm sendo construídos na maior parte das capitais brasileiras, principalmente por meio da cessão de imóveis antes paralisados que têm sido adaptados e reativados, com o intuito de oferecer suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da centralização dos casos de infecção moderada ou grave em um centro de referência.⁸ Há, ainda, grandes cidades utilizando estruturas de estádios, praças, centro de eventos e estacionamentos para construção rápida dessas estruturas. A construção desses hospitais de campanha é uma estratégia de saúde pública comumente utilizada em situações de desastre natural e zonas de conflito, como após o terremoto do Haiti em 2010 e durante a guerra na Síria, onde há ausência ou desestruturação dos serviços de saúde.^{9,10} A grande vantagem destes hospitais é a possibilidade de gerenciar estes pacientes de forma conveniente e com menos riscos de transmissibilidade para a comunidade, podendo inclusive haver circulação destes pacientes no interior do hospital.¹¹

Com relação ao SUS, estes hospitais podem oferecer suporte ao sistema, evitando a sobrecarga de hospitais terciários e a contaminação de pacientes internados por outras patologias. Neste sentido, torna-se imperativa a comunicação entre a atenção primária e os hospitais de campanha nas ações de cuidado e vigilância, haja vista a Atenção Primária à Saúde (APS) tratar-se da principal porta de entrada do paciente no SUS, sendo com frequência o local do primeiro atendimento e a opção mais próxima e acessível ao paciente. Desse modo, a criação destes hospitais não deve oferecer risco ao papel descentralizado da APS. Pelo contrário, podem oferecer suporte necessário ao sistema como um todo, servindo de referência para o manejo da doença, auxílio epidemiológico na vigilância e medidas de controle, e mais uma opção de atendimento para o paciente que necessita do cuidado especializado, focado na sua patologia e seus determinantes na pandemia.

Na Itália, os sistemas de saúde entraram em colapso. A falta de equipamentos de proteção individual (EPI's), ventiladores mecânicos, estrutura e profissionais de saúde tornou o combate ao coronavírus tarefa árdua.¹² Segundo dados do Instituto Superior de Sanidade (ISS), órgão de controle de saúde pública da Itália, cerca de 10% dos casos infectados são profissionais da saúde, que estiveram expostos ao alto potencial de transmissibilidade do vírus no âmbito assistencial. A falta destes acarretou prejuízo ainda maior ao cuidado dos pacientes no país.¹³ Em Nova Iorque, nos Estados Unidos da América (EUA), a falta de ventiladores mecânicos em meio ao surto forçou o sistema de saúde americano a solicitar mais

equipamentos. Entretanto, com o crescimento demasiado na busca por esses aparelhos, fabricantes dos EUA e Europa não têm conseguido dar conta da demanda. A Itália, por exemplo, solicitou 4.000 ventiladores em março deste ano, mas só foi possível a entrega de 400 unidades pelos fabricantes.¹⁴

A transmissão comunitária do Covid-19 foi declarada recentemente no Brasil, EUA e Reino Unido.^{15,16} Este fato, atrelado ao vírus continuar se espalhando de forma continuada e severa em várias partes do globo, levanta a necessidade de ação imediata do Estado, com medidas eficazes e de rápida resposta.

A sobrecarga dos sistemas de saúde vivenciada por outros países deve servir de exemplo para o Brasil e de escopo para o fortalecimento dos serviços de saúde nesse momento de enfrentamento, com priorização das bases do SUS e preparação do setor especializado para a grande demanda de casos graves que pode estar por vir. A sobrecarga da atenção secundária e terciária em momentos de epidemia corrobora a fadiga precoce do sistema, com o uso inadequado de recursos de alta complexidade e com casos que poderiam ter sido resolvidos no nível primário.

Na tentativa de controle da pandemia no Brasil, foi iniciado protocolo de isolamento social visando a exposição mais lenta de indivíduos à doença, de modo que o SUS não venha a colapsar, conseguindo assistir todos os pacientes, e que não falte insumos, leitos e assistência básica em saúde. O distanciamento social como medida de saúde pública vem sendo adotada na Europa, na Ásia e nas Américas.¹⁶ Até esse momento, mesmo que sem uma forte evidência científica disponível, os países que adotaram essa medida mais tardiamente têm apresentado maior número de casos precocemente e maior prejuízo dos sistemas de saúde.

Recomendações para proteção contra o Covid-19, como o isolamento social, nem sempre são factíveis para uma parcela significativa de brasileiros que vive em condições precárias na periferia das grandes cidades. Com o intuito de fornecer subsídios para as populações de maior risco e fortalecer a igualdade de acesso à saúde, o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFaC-RJ), disponibilizaram um manual de orientações para populações vulneráveis, com destaque para orientações para os indivíduos que necessitam trabalhar durante a quarentena como proteção ao usar transporte público, circular nas ruas ou andar de mototáxi, bem como orientações acerca da limpeza da casa, convívio com caso suspeito, uso de proteção individual e como entreter as crianças durante o período de quarentena, com soluções adequadas para tarefas que fazem parte do cotidiano do brasileiro.¹⁷ A divulgação dessas informações deve ser promovida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam em áreas de vulnerabilidade social, como medida para mitigar os efeitos da transmissão nessas condições.

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde disponibilizou o primeiro “Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária”, que se encontra na sexta versão atualizada.¹⁸ Neste protocolo, fica claro a importância da atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada deste paciente no SUS, uma vez que a APS seja tomada como ordenadora da atenção, os demais níveis de assistência não ficarão superlotados e conseguirão lidar com as demandas de casos graves. Como forma de triagem e de ordenamento do cuidado, o protocolo sugere a metodologia “*fast-track*”, derivada do protocolo Manchester. Essa metodologia possibilita fluxo rápido, objetivo e especialmente diferenciado dos pacientes através de esferas na cascata de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), desde a porta até o atendimento

médico, evitando a circulação desnecessária deste paciente em outros ambientes do serviço. Apesar de a aplicação do “*fast-track*” ser desejável, o uso dessa ferramenta pode encontrar dificuldades na escassez de recursos humanos e na falta de espaço físico para realizar a segregação de pacientes sintomáticos respiratórios. Do ponto de vista teórico, apresenta-se como solução interessante, porém fica evidente a necessidade de adaptação de cada UBS ao método, de acordo com suas limitações.

Outras estratégias podem ser fundamentais para diminuir aglomerações e evitar o contágio entre pacientes na espera pelo atendimento. Ações como cancelamento de consultas eletivas não essenciais, agendamento por horário e montagem de consultórios ao ar livre têm sido experimentadas por secretarias de saúde e pelas próprias equipes de ESF, as quais podem individualizar as ações de acordo com as particularidades de seus territórios e de suas UBS.

Como exposto anteriormente, outros países têm tido percentuais consideráveis de profissionais da saúde infectados por Covid-19, os quais tem que ser afastados de suas atividades assistenciais, o que pode contribuir para o colapso dos sistemas. Surgem dois pontos principais a partir desse problema: proteger os profissionais atuantes e repor as forças de trabalho.

O Ministério da Saúde, por meio da sexta versão do protocolo supracitado, busca proteger profissionais da saúde em grupo de risco, sugerindo que estes devam ser afastados ou remanejados para tarefas em que não estejam diretamente em contato com pacientes suspeitos de Covid-19. Com a possibilidade de triagem dos pacientes suspeitos a partir da metodologia “*fast-track*”, os profissionais da saúde em grupo de risco podem atender exclusivamente pacientes sem sintomas gripais, ficando mais protegidos. Existe, ainda, a possibilidade de esses profissionais atuarem por meio de telemedicina, a qual está temporária e excepcionalmente regulamentada no Brasil e também têm sido incentivada em outros países, como no Reino Unido.^{19,20} Esse tipo de atendimento é recomendado no seguimento dos pacientes suspeitos e/ou confirmados, a fim de identificar sinais de piora clínica no paciente ou surgimento de novos casos relacionados a este.

Além das medidas de redução de contaminação já discutidas nesse texto, deve-se ainda ressaltar a necessidade indiscutível do uso de EPI's por profissionais de saúde que atuam na APS. É necessário que seja feito uso racional desses materiais, seguindo normas atualizadas. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou documento que orienta profissionais médicos acerca do uso de EPI's e cuidados especiais durante a assistência, afirmando a possibilidade de denúncia caso o direito a condições de trabalho adequadas não seja cumprido.²¹ A falta de EPI's põe os trabalhadores da saúde e suas famílias em risco, além de contribuir com a disseminação do vírus. Canais de denúncia, como os conselhos regionais e federais e a imprensa, podem ser poderosos aliados no sentido de pressionar o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde de Estados e municípios, assim como as unidades privadas de saúde para realização de compra e distribuição desses materiais.

Referente à reposição da força de trabalho no enfrentamento da pandemia por Covid-19, o Governo Federal instituiu, por meio de portaria, a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”.²² O objetivo dessa ação é cadastrar profissionais de saúde, que serão inicialmente capacitados de forma on-line, e que, se necessário, poderão ser recrutados para atuar durante a pandemia. Além disso, estudantes de diversos cursos da área da saúde também poderão participar, sob supervisão, tendo sua atuação recompensada por meio do pagamento de bolsas e de bonificações em pontuação em concursos

de residência.²³ Há expectativa de que esses trabalhadores possam atuar em locais onde houver maior números de casos ou onde houver necessidade de reposição de profissionais que tenham se afastado por motivo de doença. O caráter formativo dessa ação deve contribuir para a atualização e padronização das condutas, de forma a melhorar a assistência. Além desta ação, foram lançados editais emergenciais do Programa Mais Médicos pelo Brasil, a fim de contratar mais profissionais para atuação na APS.

A capilaridade das equipes de ESF é uma vantagem do Brasil no enfrentamento contra o Covid-19. Por meio da APS, é possível a descentralização dos atendimentos, a testagem de um maior número casos suspeitos, a busca ativa de novos casos e o seguimento de casos confirmados. Essas ações podem fortalecer a vigilância epidemiológica e o planejamento de medidas de controle local/regional. Ademais, o tradicional papel de promoção de saúde e prevenção que as ESF desenvolvem tem importância fundamental no controle da pandemia pelo novo coronavírus no Brasil, visto que ainda não há evidência científica robusta de tratamentos específicos para esta doença, apesar de ensaios estarem em desenvolvimento.^{24,25} A divulgação e o incentivo a medidas de prevenção de contágio (etiqueta respiratória, higiene das mãos, distanciamento social e isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados) podem ser realizados pelas ESF, principalmente pelos agentes comunitários de saúde em seu trabalho *in loco*.

Além disso, países com atenção primária fortalecida geralmente proporcionam dados epidemiológicos mais fidedignos, principalmente devido à maior capilaridade para notificação de casos e, por conseguinte, no fim da linha do cuidado, dados mais confiáveis no que tange a letalidade e a taxa de cura. Com a importação pelo Brasil de 22,9 milhões de testes-rápidos para Covid-19, espera-se que ocorra aumento na detecção de casos e, por conseguinte, nas estatísticas de notificação.²⁶

Desta forma, a APS deve ser a porta de entrada deste paciente no sistema de saúde. Uma vez que essa atenção primária esteja bem equipada e integrada terá papel fundamental no controle e na redução de danos causados pela pandemia pelo Covid-19. Neste momento, a melhor ferramenta de controle existente para o Covid-19 é a prevenção e não existe melhor lugar para desenvolvê-la do que na APS. Logo, é necessária a garantia do bom funcionamento da APS por meio da valorização da ESF, o que envolve um melhor fortalecimento deste nível de atenção, incluindo a garantia de condições dignas de trabalho e de assistência. Importante destacar que, dentre essas condições, é fundamental o provimento de EPI's adequados e em quantidade necessária para que os profissionais possam ter segurança em sua atuação e, conseqüentemente, protegerem seus pacientes.

Referências

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 Feb;395(10223):497-506. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
2. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature [Internet]*. 2020;579(7798):270-3. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
3. World Health Organization (WHO). Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS na conferência de imprensa sobre COVID-19, realizada em 11 de março de 2020 [Internet]. Genebra: WHO; 2020; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (Covid-19) pandemic [Internet]. Genebra: WHO; 2020; [acesso em 2020 abr 05]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
5. Ministério da Saúde (BR). Classificação dos casos por UF de notificação - 04/04/2020 até 14h [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020; [acesso em 2020 abr 05]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/04/COVID-4-abr.2020-ATUALIZAÇÃO-DE-VIGILANCIA-EPIDEMIOLOGICA-SABADO-3-TABELA.pdf>

6. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727-33. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
7. Wang J, Zhu E, Umlauf T. How China built two coronavirus hospitals in just over a week. *Wall Street Journal* [Internet]. 2020 Feb; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.wsj.com/articles/how-china-can-build-a-coronavirus-hospital-in-10-days-11580397751>
8. Resende T. Governo lista mais de 80 imóveis para construção de hospitais de campanha. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2020 Abr; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/04/governo-lista-mais-de-80-imoveis-para-construcao-de-hospitais-de-campanha.shtml>
9. Gerdin M, Wladis A, von Schreeb J. Foreign field hospitals after the 2010 Haiti earthquake: how good were we?. *Emerg Med J*. 2013;30(1):e8. DOI: <https://doi.org/10.1136/emered-2011-200717>
10. Alahdab F, Albitar B, Muhiedeen K, Attar S, Atassi B. Field hospitals in Syria. *Lancet*. 2014 Jan;383(9914):303. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60095-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60095-7)
11. Chen Z, He S, Li F, Yin J, Chen X. Mobile field hospitals, an effective way of dealing with COVID-19 in China: sharing our experience. *Biosci Trends*. 2020;2020:01110. DOI: <https://doi.org/10.5582/bst.2020.01110>
12. Oliveira M. Sistema de saúde da Lombardia deve atingir capacidade máxima na próxima semana. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2020 Mar; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/03/sistema-de-saude-da-lombardia-deve-atingir-capacidade-maxima-na-proxima-semana.shtml>
13. Oliveira M. Médico contaminado amplia lista de problemas na Itália. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2020 Mar; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/03/medico-contaminado-amplia-lista-de-problemas-na-italia.shtml>
14. Nishida E. Hospitais nos EUA sofrem com falta de ventiladores mecânicos em meio ao surto de coronavírus. *UOL* [Internet]. 2020 Mar; [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://gizmodo.uol.com.br/hospitais-eua-falta-ventiladores-mecanicos-coronavirus/>
15. G1 - Globo. Ministério declara transmissão comunitária do novo coronavírus em todo território nacional. *G1 - Globo* [Internet]. 2020 Mar; [acesso em 2020 mar 27]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/20/ministerio-declara-transmissao-comunitaria-nacional-do-novo-coronavirus.ghtml>
16. Eurosurveillance Editorial Team. Updated rapid risk assessment from ECDC on the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK. *Euro Surveill*. 2020;25(10):2003121. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2003121>
17. GT de Saúde da População Negra da SBMFC. Orientações para favelas e periferias sobre o COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): SBMFC; 2020; [acesso em 2020 mar 26]; 1:1-19. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Orientações-para-favelas-e-periferias.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020; [acesso em 2020 mar 26]; 1-24. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 mar 2020: Edição 56-B: Seção 1 - Extra: 1; [acesso em 2020 abr 06]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
20. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
21. Conselho Federal de Medicina (CFM). COVID-19: CFM divulga documento com orientações sobre utilização de EPI e cuidados durante a assistência [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2020; [acesso em 2020 abr 05]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28646:2020-03-30-13-18-36&catid=3
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 02 abr 2020: Edição 64: Seção 1: 76; [acesso em 2020 abr 06]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 mar 2020: Edição 56-C: Seção 1 - Extra: 4; [acesso em 2020 abr 06]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442>

24. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Mar 20; [Epub ahead of print]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>
25. Harrison C. Coronavirus puts drug repurposing on the fast track. *Nat Biotechnol*. 2020 Feb;38:379-81. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41587-020-00003-1>
26. Cancian N. Ministério da Saúde ampliará para 22,9 milhões total de testes para novo coronavírus. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2020 Mar; [acesso em 2020 mar 27]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/ministerio-da-saude-ira-ampliar-para-229-milhoes-total-de-testes-para-novo-coronavirus.shtml>