

Continuidade do cuidado aos egressos hospitalares da COVID-19: novos e antigos desafios para o enfrentamento da pandemia no Brasil

Continuity of care for outpatients of COVID-19: new and old challenges to face the pandemic in Brazil

Thais Botelho da Silva¹ , Guilherme Barbosa Shimocomaqui^{1,2} 

¹Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

Como citar: Silva TB, Shimocomaqui GB. Continuidade do cuidado aos egressos hospitalares da COVID-19: novos e antigos desafios para o enfrentamento da pandemia no Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2023;31(4):e31040056. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040056>

Resumo

Trata-se de um debate acerca dos desafios da continuidade do cuidado relativo às ações de reabilitação aos egressos hospitalares da COVID-19. O elevado número de internações hospitalares e as limitações funcionais decorrentes dessa doença geram necessidades de cuidado em serviços de reabilitação no nível secundário e na Atenção Básica. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa modalidade de cuidado historicamente foi vinculada à política da pessoa com deficiência, e apesar de haverem alguns avanços para a construção da Rede de Cuidados, ainda existem barreiras de acesso aos serviços. Isso, somado aos retrocessos que o SUS vem sofrendo, à ausência de planejamento adequado, e às dificuldades para a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação são os principais desafios para a continuidade do cuidado aos egressos da COVID-19. Neste cenário, é fundamental a indução de políticas públicas e programas de saúde a fim de aprimorar as ações em reabilitação, qualificar as práticas de cuidado e estabelecer uma rede de cuidados articulada que consiga dar conta das novas demandas. Para tanto, o fortalecimento do SUS e da Atenção Básica devem ser a aposta principal para a mitigação da pandemia e seus impactos sociais.

Palavras-chave: infecções por coronavírus; Sistema Único de Saúde; serviços de reabilitação; continuidade da assistência ao paciente.

Abstract

This is a debate about the challenges of continuity of care regarding rehabilitation for outpatients of COVID-19. The high number of hospital admissions and the functional limitations resulting from this disease generate needs for care in rehabilitation services at the secondary level and in Primary Health Care (PHC). In the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* — SUS), this type of care has historically been linked to the policy of people with disabilities, and although there have been some advances in the construction of the Care Network, barriers to access to services still exist. This, in addition to the setbacks that SUS has been suffering, the lack of adequate planning, and the difficulties in the use of Information and Communication Technologies are the main challenges for the continuity of care for outpatients of COVID-19. In this scenario, it is essential to induce public policies and health programs in order to improve the actions in rehabilitation, qualify care practices, and establish an articulated care network that can cope with the new demands. Therefore, the strengthening of SUS and PHC must be the main bet for the mitigation of the pandemic and its social impacts.

Keywords: coronavirus infections; Unified Health System; rehabilitation services; continuity of patient care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Thais Botelho da Silva. E-mail: thaisbs.fisio@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Fev. 26, 2021. Aprovado em: Jul. 19, 2021.

A pandemia do novo coronavírus, SARS-CoV-2 (em inglês: *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), que causa a doença COVID-19, tem desafiado a sociedade contemporânea e gerado impactos na saúde e também sociais e econômicos^{1,2}. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o surto como emergência em saúde pública de interesse internacional, e em março desse mesmo ano, a transmissão da COVID-19 foi declarada como comunitária em todo o território brasileiro^{3,4}.

Até o dia 27 de janeiro de 2021, foram reportados 100.739.720 casos confirmados e 2.170.197 mortes no mundo pela COVID-19, enquanto no Brasil, quase 9 milhões de casos foram confirmados, com 218.878 mortes^{3,4}. Estima-se que 81% do total de casos apresentem o quadro leve e moderado da doença, que 14% evoluem para o quadro grave e que 5% sejam considerados críticos⁵. A magnitude da doença revela a necessidade por leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de um planejamento quanto à continuidade do cuidado para esses egressos de cuidados críticos. Consequências a longo prazo, principalmente sintomas de fadiga ou fraqueza muscular, foram verificadas em um estudo de coorte, após 6 meses da infecção aguda⁶.

As manifestações da COVID-19 apresentam um espectro diverso, podendo ser observadas em diferentes órgãos e sistemas, e variando de sintomas leves até a síndrome respiratória aguda grave, caracterizada por pneumonia viral, o que leva a um quadro de insuficiência respiratória, fazendo com que o indivíduo necessite de suporte ventilatório. As alterações advindas dessa fase podem ocasionar fibrose no parênquima pulmonar, o que sinaliza que a limitação da função pulmonar pode permanecer mesmo após a cura da doença. Alterações vasculares foram relatadas e presentes também no fígado, nos rins, na medula óssea e nas células cardíacas. Já no sistema nervoso, pode haver envolvimento das vias centrais e periféricas com degeneração neuronal e aparecimento de miopatia e manifestações psicológicas⁷.

Apesar de, até o momento, pouco se conhecer sobre que tipo de comprometimento funcional os sobreviventes podem apresentar a curto, médio e longo prazos⁸, para auxiliar no entendimento de que manifestações podem ser observadas, é possível realizar aproximações com outras síndromes respiratórias agudas já descritas e, de modo geral, sobre os efeitos nocivos e as consequências da internação em leitos de terapia intensiva e da necessidade de ventilação mecanicamente assistida^{9,10}.

O viver após a ocorrência de uma doença crítica e uma estada em leito de cuidados intensivos pode ser atravessado por diversas dificuldades, tais como o comprometimento da força muscular e da capacidade de andar, tolerância ao exercício, ocorrência de dor, dificuldade na realização de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com impactos diretos sobre o retorno ao trabalho e remuneração, além de manifestações e agravos de saúde mental, como ansiedade e depressão^{11,12}.

Considerando que, após a cura da COVID-19, um certo contingente de pessoas poderá desenvolver limitações funcionais, sendo elas temporárias ou não, há que se pensar acerca de quais estratégias de cuidados a rede de saúde oferece para as pessoas nessa condição¹³. Nesse campo, é importante olhar para a construção da rede de cuidados para as pessoas com deficiência (já que tal política historicamente foi responsável pelas ações em reabilitação) e, assim, identificar quais ações já foram desenhadas para a efetivação desse cuidado.

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de reabilitação são desenvolvidas não apenas no âmbito hospitalar, mas também em serviços especializados e na atenção básica, por meio de equipes multiprofissionais que atuam nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Serviços de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)¹⁴.

A rede de cuidados à pessoa com deficiência busca a organização de serviços de forma integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para ofertar o cuidado integral às pessoas com deficiência, seja esta física, auditiva, intelectual, visual, ostomias ou múltiplas deficiências¹⁴. Dentro desse campo de atuação, os serviços devem considerar o conceito ampliado de reabilitação e o modelo social de deficiência proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com o foco no ambiente e na participação, e não apenas no impedimento corporal em si, além das diretrizes do

SUS: universalidade, integralidade, hierarquização e regionalização da assistência^{14,15}. Experiências verificadas na literatura apontam que a utilização da CIF no serviço de saúde possibilitou o acompanhamento longitudinal dos usuários e a tomada de decisão clínica e para a gestão, como a (re)organização do processo de trabalho e a qualificação do acesso e da comunicação em rede entre os profissionais e os gestores^{16,17}.

Programas de reabilitação por meio de equipes multiprofissionais aos egressos hospitalares da COVID-19 são recomendados tanto na comunidade, no domicílio e em centros de reabilitação. Esses serviços favorecem o controle das doenças crônicas e comorbidades, além de benefícios como ganhos funcionais globais, qualidade de vida, redução dos sintomas, desenvolvimento ou ampliação das capacidades funcionais e desempenho dos indivíduos, redução do estresse e ansiedade, e que contribuam para a conquista da autonomia e da participação social^{14,18-20}. Considerar e fortalecer esses pontos de atenção da rede da pessoa com deficiência é uma estratégia importante para o enfrentamento da COVID-19 no país.

Apesar de haver avanços na legislação e na implementação para ampliar, organizar e financiar os serviços de reabilitação no SUS, o contexto da rede assistencial de reabilitação possui lacunas históricas e desafios antigos, apresentando um modelo assistencial focado na oferta de serviços e procedimentos, fragmentado, desarticulado e pouco eficaz²¹. Com a mudança na forma de repasse dos recursos pelo Ministério da Saúde (MS) no cenário da restrição orçamentária e financeira, tal fato gerou risco de retrocessos na tentativa de expansão das ações de reabilitação, configurando ainda mais dificuldade de acesso, falta de profissionais nos serviços municipais de reabilitação, financiamento insuficiente e formação precária de gestores e profissionais de saúde^{22,23}.

Outro aspecto relevante refere-se à aprovação da Emenda Constitucional 95²⁴, conhecida como Teto dos Gastos. A medida estabelece congelamento nos investimentos de saúde por um período de 20 anos, o que sacrifica ainda mais o financiamento do SUS. Sem recursos suficientes, o sistema de saúde fica cada vez mais fragilizado, o que abre espaço para a privatização, cristalizando as dificuldades acumuladas desde a sua criação²⁵. Diante desses obstáculos e ameaças recorrentes, percebe-se o enfraquecimento da política pública e uma tentativa de desmonte do sistema, o que dificulta ainda mais uma resposta efetiva frente à pandemia existente no país.

Apesar da ciência dos dados elevados sobre o número de pessoas que necessitarão de leitos em UTI devido à COVID-19 e, posteriormente, receberão alta hospitalar, até o momento, o MS não mostrou um indicativo de propostas acerca da expansão, organização e financiamento de serviços de reabilitação. Estudos realizados na China, na Itália e na Espanha, países que foram impactados primeiro com os casos graves da doença, já verificaram a necessidade de início precoce de reabilitação para as pessoas internadas por COVID-19, além de expansão, (re)organização e diretrizes para o funcionamento de serviços de reabilitação com o objetivo de proporcionar a continuidade do cuidado às pessoas durante e após a pandemia da COVID-19^{8,26-29}. A partir dessas experiências dos outros países, e considerando as singularidades do impacto da COVID-19 na população brasileira, urge a indução de ações de planejamento e gestão quanto ao acesso da população aos serviços de reabilitação bem como diretrizes acerca do funcionamento deles.

Diante desse contexto de aumento da necessidade da população brasileira por ações de reabilitação, é necessário ampliar o alcance das equipes de NASF-AB, Melhor em Casa, os CERs e demais serviços de reabilitação nos níveis secundários, considerando o diagnóstico e o desenho regional da Rede de Atenção à pessoa com deficiência no país, haja vista os diferentes impactos que a COVID-19 gera nas regiões brasileiras e nas populações mais vulneráveis¹⁴. Aumentar e qualificar o acesso das pessoas com COVID-19 aos serviços de reabilitação evitará incapacidades funcionais e novas internações não apenas dessa população, mas também daquelas com deficiência e com condições crônicas que tiveram seus atendimentos limitados devido à pandemia.

Quanto à reorganização dos serviços de reabilitação em face à pandemia, é fundamental o desenvolvimento de tecnologias alternativas, como as tecnologias da informação e

comunicação (TICs) no SUS: teleorientação, teleconsulta e teleconsultoria. Apesar de o MS e os conselhos de classes profissionais terem autorizado o uso dessas ferramentas durante a pandemia, pouco foi orientado e recomendado quanto às práticas e as condições de operacionalizá-las, assim como as implicações na relação profissional-usuário³⁰⁻³³.

Esses documentos oficiais apenas discorrem acerca de normas referentes ao manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e sigilo profissional, mas não problematizam sobre as condições operacionais no que tange à infraestrutura, equipamentos e formação de profissionais para o manejo dessas práticas. As TICs podem ser uma ferramenta potente para (re)organizar o acesso aos serviços de reabilitação e possibilitar a continuidade do cuidado aos egressos hospitalares da COVID-19, bem como de outras pessoas com condições crônicas não agudizadas em acompanhamento nos serviços de reabilitação. No entanto, sem a corresponsabilização das instituições públicas e dos conselhos de classe na capacitação dos profissionais de saúde para a condução e o manejo dessas TICs a fim de garantir os princípios e as diretrizes do SUS e a dimensão cuidadora na produção de saúde³⁴, os desafios para a continuidade e a integralidade do cuidado continuarão presentes.

A organização e o funcionamento dos serviços de reabilitação, bem como a qualificação dos profissionais, são essenciais nas ações que envolvem a resposta à pandemia. Os posicionamentos e o trabalho em conjunto do MS, secretarias estaduais e municipais, conselhos profissionais e instituições de ensino superior são importantes para induzir e fortalecer o enfrentamento da COVID-19, legitimar ações prioritárias e estimular as práticas dos profissionais com segurança e conforme as necessidades da população. A articulação desses atores em cenários de desastres, como o incêndio da Boate Kiss, em Santa Maria-RS, e na epidemia do Zika vírus no país, demonstrou boa resposta do Brasil às situações que demandaram um aumento na procura por reabilitação, principalmente devido ao estabelecimento de novas redes de atenção para seguimento assistencial³⁵⁻³⁷.

A pandemia chega ao Brasil e encontra a situação de aprofundamento da desigualdade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. As iniquidades em saúde são uma realidade visível em grandes centros urbanos, sobretudo nas periferias, e dialoga com o tamanho do país e suas disparidades regionais. Um panorama incerto da doença esbarra no sistema de saúde que já vinha lidando com recursos escassos e em ritmo de estrangulamento, o que torna o desafio ainda maior³⁸.

O fortalecimento do SUS deve ser a aposta principal para a mitigação do vírus e seus impactos sociais. Isto incluirá o estabelecimento de uma rede de cuidados articulada, que consiga fazer a transição de cuidados mais intensivos até a realidade do domicílio, dando seguimento às medidas instituídas e garantindo a construção de um projeto terapêutico singular de reabilitação. Nesse sentido, o fortalecimento da Atenção Básica deve ser tão importante quanto a expansão do número de leitos de UTI, já que esta tem papel resolutivo frente aos casos leves, identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, além do fato que, após o evento agudo no hospital, o indivíduo regressará para sua família e comunidade e necessitará dar continuidade aos cuidados³⁹.

A ocorrência de uma pandemia nos desperta o olhar sobre a importância de um sistema de saúde robusto, que consiga congrega vigilância à saúde, rede assistencial a todos os ciclos de vida e uma gestão integrada nos três níveis: federal, estadual e municipal. Campos⁴⁰ nos alerta que a defesa do SUS neste momento é fundamental, e reforça que devemos manter a resistência e resgatar as bases democráticas e os valores de solidariedade, coletividade e igualdade que serviram de fundamento para estabelecer que saúde é um direito de todo cidadão brasileiro e que deve ser garantido pelo Estado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

TBS: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Escrita — Primeira Redação, Escrita — Revisão e Edição. GBS: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Escrita — Primeira Redação, Escrita — Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med.* 2020;26(4):450-2. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
2. Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuovor S. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *J Med Virol.* 2020;92(5):473-5. <https://doi.org/10.1002%2Fjmv.25706>
3. Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus disease (COVID-19) dashboard [Internet]. Organização Mundial da Saúde; 2020 [acessado em 27 jan. 2021]. Disponível em: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw8df2BRA3EiwAvfZWaNSrzQd5Vu0Muye2IXlmsM5mv7r96-OnSqoKLMmMdc8stYHvBFy3ZRoCR2QQAvD_BwE
4. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19. Painel Coronavírus [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde [acessado em 27 jan. 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa: Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde [acessado em 8 jun. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
6. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 2021;397(10270):220-32. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8)
7. Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, Cimino P, Tettamanti A, Houdayer E, et al. Rehabilitation of COVID-19 patients. *J Rehabil Med.* 2020;52(4):jrm00046. <https://doi.org/10.2340/16501977-2678>
8. Ceravolo MG, De Sire A, Andrenelli E, Negrini S. Systematic rapid “living” review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31st, 2020. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56(3):347-53. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.06329-7>
9. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a 2-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med.* 2014;42(4):849-59. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000040>
10. Falvey JR, Krafft C, Kornetti D. The Essential Role of Home- and Community-Based Physical Therapists During the COVID-19 Pandemic. *Phys Ther.* 2020;100(7):1058-61. <https://doi.org/10.1093%2Fptj%2Fpzaa069>
11. Smith JM, Lee AC, Zeleznik H, Coffey Scott JP, Fatima A, Needham DM, et al. Home and community-based physical therapist management of adults with post-intensive care syndrome. *Phys Ther.* 2020;100(7):1062-73. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa059>
12. Kamdar BB, Sepulveda KA, Chong A, Lord RK, Dinglas VD, Mendez-Tellez PA, et al. Return to work and lost earnings after acute respiratory distress syndrome: a 5-year prospective, longitudinal study of long-term survivors. *Thorax.* 2018;73(2):125-33. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-210217>
13. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation following critical illness in people with covid-19 infection. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99(6):470-4. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001443>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidado à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Brasília; 2012.
15. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
16. Biz MCP, Chun RYS. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. *Saúde em Redes.* 2020;6(2):67-86.
17. Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil.* 2012;34(20-21):1686-94. <https://doi.org/10.3109%2F09638288.2012.658489>
18. Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, Troosters T, Balbi B, Berny S, et al. Report of an Ad-Hoc international Task Force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after the acute hospital setting) in COVID-19 survivors (version April 3, 2020). *Eur Resp Soc [Internet].* 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://ers.app.box.com/s/npzkvigt14w3pb0vbsth4y0fxe7ae9z934>
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak Coronavirus [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>
20. Organização Mundial da Saúde. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected [Internet]. World Health Organization; 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
21. Campos FM, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu).* 2015;19(52):207-10. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>

22. Caetano LA, Sampaio RF, Costa LA. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2018;29(3):195-203. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i3p195-203>
23. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a rede de cuidado à saúde da pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(117):455-67. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811709>
24. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2016 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
25. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
26. Borg K, Stam H. COVID-19 and Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med*. 2020;52(4):jrm00045. <https://doi.org/10.2340/16501977-2679>
27. Boldrini P, Bernetti A, Fiore P. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;56(3):316-8. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.06256-5>
28. Li J. Rehabilitation management of patients with Covid-19. Lessons learned from the first experiences in China. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;56(3):335-8. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.06292-9>
29. Chaler J, Gil-Fraguas L, Gómez-García A, Laxe S, Luna-Cabrera F, Llavona R, et al. Impact of coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak on rehabilitation services and physical medicine and rehabilitation (PM&R) physicians' activities: Perspectives from the Spanish experience. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;56(3):369-71. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.06304-2>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?journal=601&pagina=1&data=23/03/2020&totalArquivos=1>
31. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 [Internet]. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
32. Conselho Federal de Nutrição. Resolução nº 646, de 18 de março de 2020 [Internet]. Conselho Federal de Nutrição; 2020 [acessado em 8 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Resol-CFN-646-codigo-etica.pdf>
33. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recomendação nº 19, de 19 de março de 2020 [Internet]. Conselho Federal de Fonoaudiologia; 2020 [acessado em 8 jun. 2020]. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/noticias/arquivos/arquivos_135.pdf
34. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT dos, Santos AF dos, Merhy EE, editores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* [Internet]. São Paulo: Xamã; 1998 [acessado em 7 jun. 2020]. p. 103-120. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modos_de_trabalhar_a_assistencia/links/0046353bcf1564f6b3000000/A-perda-da-dimensao-cuidadora-na-producao-da-saude-uma-discussao-do-modelo-assistencial-e-da-intervencao-no-seu-modos-de-trabalhar-a-assistencia.pdf
35. Castro MC. Zika virus and health systems in Brazil: from unknown to a Menace. *Health Syst Transit*. 2016;2(2):119-22. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1179085>
36. Noal DS, Vicente LN, Weintraub ACAM, Fagundes SMS, Cabral KV, Simoni ACR, et al. Estratégia de saúde mental e atenção psicossocial para afetados da Boate Kiss. *Psicol Ciênc Prof*. 2016;36(4):932-45. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002062016>
37. Guerra ST. Organização e seguimento assistencial do centro de atendimento ambulatorial às vítimas de acidente do hospital universitário de Santa Maria [Internet]. Tese (Doutorado). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2018 [acessado em 9 jun. 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15076>
38. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 7 jun. 2020]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>
40. Campos GWS. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00279111. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>