

ARTIGO 32 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

AÇÕES DE LIDERANÇAS DA ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR A PACIENTES COM COVID-19

Fátima Silvana Furtado Gerolin¹

Ana Maria Pires¹

Camila Nascimento¹

Cristiane Schimitt¹

Fernanda Torquato Salles Bucione¹

Juliana Santos Amaral da Rocha¹

Luciana Mendes Berloff¹

Luciene Cristine da Silva Ferrari¹

<https://orcid.org/0000-0003-0005-1652>

<https://orcid.org/0000-0003-4666-1122>

<https://orcid.org/0000-0002-7215-4231>

<https://orcid.org/0000-0002-1210-9885>

<https://orcid.org/0000-0002-5046-8811>

<https://orcid.org/0000-0003-4121-7591>

<https://orcid.org/0000-0002-0849-1102>

<https://orcid.org/0000-0003-4501-1240>

Objetivo: Descrever ações desenvolvidas por lideranças da equipe de enfermagem para a organização do atendimento de pacientes com COVID-19 no contexto hospitalar. **Metodologia:** Estudo descritivo, abordagem qualitativa, tipo relato de experiência realizado no Hospital Alemão Oswaldo Cruz durante os meses de março e abril de 2020. **Descrição da Experiência:** Estabelecemos inicialmente um comitê multiprofissional de enfrentamento para definir direcionamentos estratificando as ações para atendimento de pacientes em algumas frentes. As principais diretrizes foram relacionadas à estrutura e aos protocolos de cuidado. Outra ação realizada foram os treinamentos para a equipe assistencial. **Resultado:** Implementação de fluxo para atendimento aos pacientes no Pronto Atendimento; ampliação de leitos para atendimento a pacientes em Unidades de Internação e Intensiva; contratação e treinamentos de profissionais da equipe de enfermagem em tempo reduzido; otimização da equipe de enfermagem com redirecionamento de profissionais conforme a taxa de ocupação dos setores; fortalecimento da atuação multiprofissional. **Considerações finais:** A experiência obtida nesta vivência nos mostrou que o trabalho em equipe e o estabelecimento de vínculo de confiança entre os profissionais é ponto crucial para o sucesso na implantação de mudanças relevantes e para um cuidado seguro e de qualidade.

Descritores: COVID-19; Pandemia; Assistência Hospitalar; Cuidados de Enfermagem.

NURSING LEADERSHIP ACTIONS IN THE ORGANIZATION OF HOSPITAL CARE TO PATIENTS WITH COVID-19

Methodology: Descriptive study, qualitative approach, experience report carried out at Hospital Alemão Oswaldo Cruz during the months of March and April 2020. **Experience Description:** We initially established a multidisciplinary committee to define guidelines of actions to take care of the patients. The main guidelines were related to the care structure and protocols. Another action was training the nursing team. **Results:** Implementation of a new flow for patient care in the Emergency Room; Expansion of beds for patient care in inpatient and Intensive Care Units; Hiring and training nursing team professionals in a reduced time; optimization of the nursing team with redirection of professionals according to the occupancy rate of the units; strengthening of multidisciplinary performance. **Final considerations:** The experience obtained in this experience showed us that teamwork and the establishment of a bond of trust between professionals is a crucial point for the successful implementation of relevant changes and for a safe and quality care.

Descritores: Coronavirus Infection; Pandemic; Hospital Care; Nursing Care.

ACCIONES DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES CON COVID-19

Metodología: Estudio descriptivo, con abordaje cualitativa, del tipo relato de experiencia realizado en el Hospital Alemão Oswaldo Cruz durante los meses de marzo y abril de 2020. **Descripción de la Experiencia:** Establecimos inicialmente un comité multiprofesional de enfrentamiento para definir direccionamientos estratificando las acciones para asistir a pacientes en algunas frentes. Las principales directrices fueron relacionadas a la estructura y a protocolos de cuidado. Otra acción realizada fueron los entrenamientos constantes para el equipo asistencial. **Resultado:** Implementación de un nuevo flujo para asistir a pacientes en Urgencias; Ampliación de camas para la atención de pacientes en unidades de ingreso e intensiva; Contratación y entrenamientos de profesionales del equipo de enfermería en tiempo reducido; Optimización del equipo de enfermería con redireccionamiento de profesionales conforme a la tasa de ocupación de los sectores; Fortalecimiento de la actuación multiprofesional. **Consideraciones finales:** La experiencia obtenida en esta vivencia nos ha enseñado que el trabajo en equipo y el establecimiento del vínculo de confianza entre los profesionales es punto crucial para el éxito en la implantación de cambios relevantes y para un cuidado seguro y de calidad para la población asistida.

Descritores: Coronavirus; Pandemia; Atención Hospitalaria; Atención de Enfermería

¹Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil.
Autor Correspondente: Fatima Silvana Furtado Gerolin Email: fsilvanaf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em onze de março de 2020, provocada pelo vírus COVID-19-novo corona vírus (SARS-CoV-2)¹, está desafiando os profissionais de saúde de diversos países a reverem suas práticas diárias na execução dos processos do cuidado. O Brasil também está sendo afetado pela nova doença e, com isso, a prática dos profissionais do país passa por um processo de revisão e análise.

Esta necessidade se faz para que haja garantia do melhor cuidado prestado, minimizando os riscos ocupacionais gerados pelo vírus e, consequentemente, aumentando a segurança. Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, identificou quatro casos de uma pneumonia infecciosa que parecia ter relação com mercado local de frutos do mar. Ainda em dezembro um betacoronavírus (COVID-19) foi identificado como agente causal². Em geral as infecções causadas por coronavírus cursam entre leves e moderadas. Entretanto, podem estar associadas a doença grave com taxa expressiva de letalidade associada e em razão de sua alta transmissibilidade causar grande impacto na saúde pública³.

A transmissão se dá por meio de gotículas e/ou aerossóis e por contato direto ou indireto com pessoas ou superfícies contaminadas. O período de incubação é estimado entre 1 e 14 dias, sendo que a pessoa infectada pode iniciar o período de transmissibilidade entre um e dois dias antes dos sintomas. Os sintomas mais comuns são tosse, febre, coriza, dor de garganta e nos quadros mais graves, dispneia pode estar associada⁴.

Diante do enfrentamento mundial ao COVID-19 foi necessário estabelecer medidas e um plano de ação imediato para organizar a estrutura de atendimento hospitalar. O senso de urgência e abrangência são fatores essenciais para a elaboração de Plano de Atendimento.

É esperado que uma pandemia global pressione os sistemas de saúde e estresse a capacidade de cuidados intensivos, de atuação segura da força de trabalho e da aquisição de suprimentos, principalmente, os essenciais para a proteção dos profissionais. Ter informações precisas e confiáveis é importante fator de apoio na decisão das estratégias de enfrentamento da pandemia. Dados epidemiológicos e estatísticos são essenciais para situar a capacidade de atendimento e prospectar mudanças organizacionais necessárias para atendimento de um novo contexto⁵.

A constituição de um Comitê de Enfrentamento de Crise proporciona um olhar estratégico para que as ações operacionais e gerenciais possam ser organizadas, priorizadas e implantadas de forma uníssona. Assegura que os riscos sejam mitigados, sob perspectiva sistêmica, uniformiza comu-

nicação e imprime ritmo de resposta para o enfrentamento da crise. A participação de gestores-chave, que tenham representatividade e alcance institucional, permite agilidade nas decisões e desdobramentos operacionais⁶.

Diante deste cenário, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever as ações tomadas pelas lideranças da equipe de enfermagem do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) para organização do atendimento de pacientes com diagnóstico ou suspeita do COVID-19.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência.

Cenário do estudo

O presente estudo se deu no HAOC, um hospital privado, geral, de alta complexidade, filantrópico, localizado na cidade de São Paulo. A instituição conta com duas unidades, sendo uma denominada de Unidade Paulista (UP) e a outra Unidade Vergueiro (UV).

Período da realização da experiência

A experiência ocorreu nos meses de março e abril de 2020.

Sujeitos envolvidos na experiência

Neste relato, consideramos participantes os envolvidos na operacionalização da experiência, contando com o apoio de toda equipe assistencial, como Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, médicos além dos gestores não só assistenciais, mas também das áreas de Engenharia, Tecnologia da Informação, Financeiro e o gestor de Experiência do Cliente.

Aspectos Éticos

Entendeu-se não ser necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, todos os aspectos ético-legais foram contemplados durante todo o processo de vivência e relato da experiência da equipe envolvida.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Diante da dimensão da Pandemia e suas possíveis repercussões, o HAOC revisitou suas práticas assistenciais para atendimento dos pacientes diagnosticados ou suspeitos da COVID-19 no Pronto Atendimento, Unidades de Internação, UTI e Centro de Diagnóstico por Imagem.

A dinâmica da doença fez com que várias entidades de especialidades médicas, enfermagem, fisioterapia, farmácia, publicassem recomendações sobre a utilização EPI (equipamento de proteção individual) na epidemia. Muitas vezes, as orientações eram contraditórias ou não estavam alinhadas

com as melhores práticas já existentes e pautadas em literatura. Positivamente, estas recomendações fizeram com que o hospital em menos de uma semana revisasse sua prática. Neste momento, a doença expandia-se rapidamente no país, mais especificamente na cidade de São Paulo e o vírus passava a ser comunitário e não mais restrito a um grupo de risco específico.

Estabelecemos inicialmente um comitê multiprofissional de enfrentamento para definir direcionamentos estratificando as ações para atendimento de pacientes em algumas frentes. As principais diretrizes foram relacionadas à ampliação da estrutura e triagem de pacientes no Setor de Pronto Atendimento, ampliação de leitos de UTI, definição de Unidades de Internação exclusivas para atendimento a pacientes suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, Unidades de Internação exclusivas para os pacientes sintomáticos respiratórios negativos e egressos da UTI.

Outra ação realizada foram os treinamentos constantes para a equipe assistencial. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realizou vídeos educativos que foram expostos para todo hospital por e-mail e através da intranet. Os vídeos principais foram os de paramentação e desparamentação.

Quando a pandemia se instalou e começamos a receber um elevado número de pacientes simultaneamente, percebemos que profissionais de saúde e outros profissionais estavam ainda mais sujeitos a experiências angustiantes, sentimentos como medo, tristeza e frustração, bem como ao esgotamento físico e mental. Vale ressaltar que a formação do enfermeiro não o prepara para vivenciar, na prática, um cenário pandêmico⁷. Diante disso, uma série de ações foram realizadas para promover os cuidados aos profissionais, tendo sido disponibilizado aos profissionais o serviço de atendimento psicológico.

Outro aspecto relevante é que temos em nosso Modelo Assistencial o paciente e seu familiar como centro das nossas ações. No entanto, no cenário da pandemia, enfrentamos dificuldades para sustentar todas as premissas que este modelo pressupõe. A capelanía e a equipe de psicólogos da instituição definiu estratégias de apoio e acolhimento aos familiares e pacientes. Foram criadas rotinas de contato telefônico com os familiares dos pacientes internados na UTI, por meio do qual é oferecida a possibilidade de visitas virtuais que permitem ao familiar visualizar e/ou conversar com o paciente por meio de um dispositivo móvel.

Para atender às ampliações de leitos nas UIs, PA e UTIs, contratamos 345 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 108 enfermeiros e 237 técnicos de enfermagem. Descrivemos a seguir as principais ações realizadas por área de

atendimento.

PRONTO ATENDIMENTO

O Ministério da Saúde preconiza que no ambiente hospitalar os casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 sejam tratados em condições de isolamento e proteção⁸. Assim, adequamos o Pronto Atendimento para atender casos suspeitos ou confirmados, em separado das pessoas que buscavam atendimento de urgência e emergência por outras queixas. Também foram realizados treinamentos específicos para a equipe de enfermagem sobre precauções, isolamentos e higiene de mãos. A estrutura do PA da UP tinha capacidade para atender 298 pacientes e passou a ter capacidade de atender 408 simultaneamente.

Esta estrutura dedicada para COVID-19 é composta por recepção, salas de espera, consultórios médicos, salas de triagem, salas de estabilização, sala de emergência e salas com poltronas para administração de medicações e posto de enfermagem. Também está disponível um equipamento exclusivo para realização de Raio X de tórax. A triagem dos pacientes foi estratégia essencial para proporcionar um melhor manejo da condição clínica e melhor aproveitamento dos recursos e da logística do fluxo hospitalar. Pacientes com alterações de parâmetros vitais, com ou sem sinais de choque séptico são acomodados na Sala de Emergência para avaliação médica.

A despeito da existência de um dispositivo de autoatendimento para a retirada de senha no PA, foi necessária a presença de um profissional para direcionar o fluxo e garantir o uso da máscara cirúrgica durante sua permanência na sala de espera.

No início do atendimento, o paciente preenche um *Termo de Declaração Covid-19* com os nomes de seus comunicantes. Ao entrar no consultório de triagem, o paciente é atendido por enfermeiro devidamente paramentado com EPIs o qual coleta as informações do paciente e as insere no prontuário eletrônico. A partir de então o paciente é classificado segundo o sistema Manchester, metodologia científica aplicada à pacientes atendidos em unidades de Pronto Atendimento com o objetivo de direcionar para fluxos com base na gravidade.

Utilizamos no PA a ferramentas de Classificação de Risco denominada Sistema Manchester, metodologia científica conferida à pacientes em busca de atendimento em uma unidade de pronto atendimento que direciona para fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade. Esse método junto com o acolhimento cumpre os preceitos de segurança para a prática do enfermeiro, qualidade para a atenção prestada, assim como uma percepção positiva do paciente⁹.

Ao término da triagem, o paciente recebe dois folders, um contendo condutas de melhores práticas para a não transmissão de patógenos e outro com orientações sobre a realização do contato que realizamos no pós-alta, além de ser reforçado o preenchimento do “Termo de declaração Covid-19” que é entregue ao médico. A cada término de triagem é realizada limpeza concorrente do mobiliário e equipamentos, assim como a troca da paramentação do colaborador. O transporte de pacientes para outras áreas, caso necessário, obedece rotas pré-estabelecidas para evitar o contato com pessoas não infectadas.

O paciente cujo desfecho é a alta, é orientado quanto aos seus cuidados, como ficar em isolamento domiciliar, utilizar máscara, higienizar as mãos, limpar e realizar desinfecção dos ambientes, separar objetos de uso individual, manter janelas abertas para melhor circulação do ar ambiente, procurando sempre manter distância mínima de um metro entre o paciente e os demais moradores. Ele é orientado a procurar o PA novamente caso haja piora dos sintomas, principalmente falta de ar. Mantemos um canal de comunicação com o paciente (telefone, mensagem, e-mail ou outros) para monitoramento a distância de piora dos sintomas.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Em março de 2020, o HAOC dispunha de 40 leitos de UTI na UP e 20 na UV. Diante do surgimento da epidemia foi avaliada a capacidade de internação em UTI e a factibilidade do isolamento físico de portadores da COVID-19, estimando-se 5% de internação destes pacientes em UTI, entendeu-se necessária ampliação das UTIs. Atualmente, são 58 leitos na UP e 30 na UV, dos quais, respectivamente, 44 e 20 foram destinados ao atendimento de COVID-19 em andares exclusivos.

Quanto às rotinas assistenciais, foi reforçada necessidade de cumprimento das diretrizes de prevenção de infecção relacionada aos dispositivos invasivos (cateter venoso central, cateter vesical de demora, tubo endotraqueal), redução do tempo do banho no leito e alterações na rotina de reposicionamento no leito, dada a frequente instabilidade hemodinâmica observada às manipulações. Foi necessário reforçar a capacitação dos profissionais quanto às medidas de precauções e paramentação, bem como, quanto à higienização das mãos.

Uma estratégia de cuidados para profissionais foi criada em razão de sua maior exposição ao risco de esgotamento físico e mental, pois é sabido que a alta demanda e o baixo planejamento e execução das atividades podem impactar na autoestima e a satisfação no trabalho dos enfermeiros¹⁰. Diante disso, foram instalados quadros com frases de apoio

escritas por pacientes, colegas e pela alta gestão e um serviço de atendimento psicológico foi disponibilizado. Também foi criado um protocolo de prevenção de lesões causadas pelos EPIs.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Uma das primeiras decisões tomadas foi a definição de um local exclusivo para a internação de pacientes com suspeita ou com diagnóstico confirmado e COVID-19. Tal decisão foi pautada na capacidade operacional existente, na possibilidade de ampliação desta capacidade e, principalmente, na facilidade de isolamento de fluxo de pacientes. A situação pandêmica associada às medidas protetivas de isolamento social, por si só, regulam a demanda eletiva da procura por leitos de hospital. O que vivenciamos foi uma substituição natural de demanda que permitiu o rearranjo da capacidade operacional.

Isolamos alas nas duas unidades para atendimento exclusivo de pacientes diagnosticados ou suspeitos da COVID-19 e alas específicas para as demais especialidades. Os pacientes suspeitos em unidade dedicada à COVID-19 cujo resultado foi negativo, não era realizada a transferência para uma unidade não dedicada. Da mesma forma, não mantínhamos em unidade não dedicada à COVID-19 os casos suspeitos e positivos. Organizamos também uma UI dedicada a casos negativados. Trata-se de uma unidade transitória para aqueles pacientes que ainda permanecem com alguma necessidade de cuidado antes de sua alta, mas com alguns sintomas e quadro clínico suspeito de COVID-19. Para estes pacientes o isolamento respiratório e de contato permanecem.

Observamos alta complexidade nos pacientes que recebiam alta da UTI e permaneciam em cuidados na UI. De forma geral, estes pacientes demandavam maior nível de atenção e cuidado respiratório, de mobilização e de nutrição. Estes pacientes requeriam maior necessidade de atendimentos de fisioterapia e mais horas de dedicação da equipe de enfermagem. A necessidade de apoio emocional e espiritual foi condição comum e evidente aos pacientes já de alta da UTI, principalmente àqueles que foram traqueostomizados, intubados ou que permaneceram por um período maior na UTI. Frente a estas características, também organizamos uma UI dedicada para aos pacientes COVID-19 egressos da UTI com ênfase na reabilitação motora e respiratória, além de todos os cuidados que os pacientes necessitassem.

Percebemos que o melhor cenário acontecia quando os profissionais se voluntariavam para atuar na área. Isto fez com que a maior parte dos profissionais se sentissem mais satisfeitos com a área de atuação. Contamos também com uma grande parceria com o Serviço de Atenção à Saúde do

Colaborador para a análise dos prontuários de saúde dos profissionais buscando identificar profissionais do grupo de risco (imunocomprometidos, idosos, gestantes, diabéticos, entre outros) e já antecipar a sua realocação laboral. Esta iniciativa tem sido uma medida protetiva para os profissionais e uma atenção diligente para o controle de absenteísmo.

Notamos que a construção colaborativa de novos processos sob a ótica e opinião dos profissionais que estavam diretamente em contato com este novo cenário era a melhor opção.

Realizamos o dimensionamento da equipe de enfermagem adequando para o atendimento de ocupação total dos leitos tendo sempre um número sobressalente de profissionais para as necessidades em decorrência do absenteísmo. O acompanhamento diário de profissionais afastados por síndrome gripal ou mesmo por COVID-19 foi essencial para o planejamento e dimensionamento da equipe assistencial.

O planejamento para a alta hospitalar do paciente é motivo de grande esperança e dedicação de todo o time assistencial. Os pacientes são alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como febre, sinais respiratórios, taquicardia, dor, fadiga e dispneia.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

As diretrizes estabelecidas para o Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) tiveram como objetivo agilizar a realização dos exames de tomografia e RX dos pacientes do PA com suspeita ou confirmados para COVID-19. Para isso, desenvolveram-se as seguintes estratégias: identificação clara e acessível dos pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19; implantação de protocolo de atendimento de "urgência" na área de imagem para os pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19, com meta de tempo de atendimento menor ou igual a 30 minutos; implantação do RX portátil dentro da estrutura do PA destinado a pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19; e, direcionamento de um dos tomógrafos exclusivamente para atendimento de pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19.

Outro foco de ação foi evitar a disseminação do COVID-19, por meio da padronização dos EPIs, treinamento e comunicação. Foram realizados treinamentos aos profissionais envolvidos no cuidado direto como agentes de transporte, equipe médica, enfermagem e tecnólogos assim como para as áreas administrativas ou de apoio como engenharia clínica, físicos e administrativos. As metodologias utilizadas para treinamento e comunicação foram variadas: comunicação visual, educação à distância e treinamento in loco.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir das ações desenvolvidas, obtivemos como principais resultados:

- Implementação de um novo fluxo para atendimento aos pacientes no PA
- Ampliação de leitos para atendimento de pacientes em UTI e UI
- Contratação e treinamentos de profissionais da equipe de enfermagem em tempo reduzido
- Otimização da equipe de enfermagem com redirecionamento de profissionais conforme a taxa de ocupação dos setores
- Fortalecimento da atuação multiprofissional

LIMITAÇÕES DA EXPERIÊNCIA

Em decorrência da chegada rápida da pandemia, nossa experiência continua em constante mudança e avaliação, sendo que outros resultados ainda podem ser obtidos.

Contribuições para a Prática

É consenso do grupo participante que muitas mudanças realizadas vieram para ficar. Um dos exemplos é a prática do uso da tecnologia para realização de processo seletivo da equipe de enfermagem bem como para realização de treinamento. Observamos que podemos ser mais ágeis e ainda assim mantermos a qualidade assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo diante de um cenário tão dinâmico, a experiência obtida nesta vivência nos mostrou que o trabalho em equipe e o estabelecimento de vínculo de confiança entre os profissionais é ponto crucial para o sucesso na implantação de mudanças relevantes e para um cuidado seguro e de qualidade para a população atendida. Sendo assim, de forma preliminar observamos que os indicadores relacionados a assistência não apontam piora significativa, o que evidencia a importância de protocolos de cuidados para apoiar a prática profissional.

Assim como vivenciado em outros países, também encontramos lacunas na preparação das instituições de saúde e profissionais para o enfrentamento da pandemia. É importante desenvolvermos um novo olhar para as competências desenvolvidas na formação dos profissionais de Enfermagem, visto que as relações de trabalho e o mundo nunca mais serão o mesmo.

Contribuições dos Autores: Todos participaram de todas as etapas do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva (SW): World Health Organization; c2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199–1207.
3. Sanche S, Lin YT, Xu C, Romero-Severson E, Hengartner N, Ke R. High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7):1470–1477
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, Boletim Epidemiológico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; COE Nº 01, Jan. 2020. [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/>
5. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Lavergne V, Baden L, Cheng VCC et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the treatment and management of patients with COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2020; 2020;ciaa478.
6. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; c2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_AMIB04042020_10h19.pdf
7. Riboli E, Arthur JP, Mantovani MF. No epicentro da epidemia: um olhar sobre a covid-19 na Itália. *Cogitare enfermagem*. 2020;25:e72955.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf>.
9. Roncalli AA; Oliveira DN; Silva IZM; Brito RF; Viegas SMF. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem* 2017;31(2):e16949
10. Rocha RPS, Valim MD, Oliveira JLC, Ribeiro AC. Características do trabalho e estresse ocupacional entre enfermeiros hospitalares. *Enfermagem Foco*. 2019;10(5):51-7