

# SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: FLUXOS DE ATENDIMENTO A PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PARA COVID-19

Aline Branco<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0003-3740-4327>  
Rafaela Milanesi<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-8666-0322>  
Victoria Tiyoko Moraes Sakamoto<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-4646-6848>  
Bárbara Rodrigues Araujo<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0002-6508-6955>  
Rita Catalina Aquino Caregnato<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0001-7929-7676>

**Objetivo:** relatar a experiência vivenciada de um serviço de emergência hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo com caráter descritivo, do tipo relato de experiência, visando a reflexão e discussão crítica acerca da experiência vivenciada por profissionais da enfermagem em um hospital de referência da região sul do Brasil no enfrentamento à pandemia. **Resultados:** para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus, foram organizados planos de contingência e fluxos de atendimento nos setores de emergência em conexão com as demais áreas do hospital. Criou-se o Centro de Triagem e a sala vermelha COVID-19. **Conclusão:** constatou-se a importância da participação multidisciplinar para organização logística, de recursos humanos e materiais para o estabelecimento das novas rotinas assistenciais em curto prazo.

**Descritores:** Pandemias; Coronavírus; Enfermagem; Serviço Hospitalar de Emergência; Gestão de Riscos.

## HOSPITAL EMERGENCY SERVICE: SERVICE FLOWS FOR SUSPECTED OR CONFIRMED PATIENTS FOR COVID-19

**Objective:** to report the experience of a hospital emergency service of the Brazilian Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) on the flows of care to patients suspected or confirmed by COVID-19. **Method:** it is a qualitative study with a descriptive character, of the experience report type, aiming at reflection and critical discussion about the experience lived by nursing professionals in a reference hospital in the southern region of Brazil in facing the pandemic. **Results:** for the care of patients suspected or confirmed of coronavirus infection, contingency plans and care flows were organized in the emergency departments in connection with the other areas of the hospital. The Triage Center and the COVID-19 red room were created. **Conclusion:** the importance of multidisciplinary participation for logistical, human and material resources was found to establish new care routines in the short term.

**Descriptors:** Pandemics; Coronavirus; Nursing; Emergency Service, Hospital; Risk Management.

## SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL: FLUJOS DE SERVICIO PARA PACIENTES SUSPECTADOS O CONFIRMADOS PARA COVID-19

**Objetivo:** informar la experiencia de un servicio de emergencia hospitalario del Sistema Único de Saúde (SUS) sobre los flujos de atención a pacientes sospechosos o confirmados por COVID-19. **Método:** es un estudio cualitativo con carácter descriptivo, del tipo de informe de experiencia, con el objetivo de reflexionar y debatir críticamente sobre la experiencia vivida por profesionales de enfermería en un hospital de referencia en la región sur de Brasil frente a la pandemia. **Resultados:** para la atención de pacientes sospechosos o confirmados de infección por coronavirus, se organizaron planes de contingencia y flujos de atención en los departamentos de emergencia en conexión con las otras áreas del hospital. Se crearon el Centro de detección y la sala roja COVID-19. **Conclusión:** se encontró la importancia de la participación multidisciplinaria para los recursos logísticos, humanos y materiales para establecer nuevas rutinas de atención a corto plazo.

**Descritores:** Pandemias; Coronavirus; Enfermería; Servicio de Urgencia en Hospital; Gestión de Riesgos.

<sup>1</sup>Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), RS.  
Autor Correspondente: Nome: Aline Branco E-mail: [alinebranco95@gmail.com](mailto:alinebranco95@gmail.com)

Recebido: 09/5/2020  
Aceito: 26/5/2020

## INTRODUÇÃO

O *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov-2), novo vírus identificado na família coronavírus, tornou-se conhecido mundialmente após uma série de casos de pneumonia viral de origem desconhecida emergirem na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. O vírus, responsável pela pandemia da COVID-19, rapidamente espalhou-se por todos os continentes e atualmente são mais de 2 milhões de casos confirmados no mundo<sup>(1-2)</sup>.

As manifestações clínicas da doença são variadas e promovem quadros clínicos com gravidades distintas<sup>(2-3)</sup>. Em casos brandos, definidos como síndrome gripal (SG), costumam apresentar tosse, febre, dor de garganta, cefaleia, entre outros. Quando se trata de pacientes graves, com síndrome respiratória aguda grave (SRAG), acompanham também a dispneia e outros sintomas, como, hipoxemia, taquipneia e hipotensão<sup>(3)</sup>.

Estima-se que aproximadamente 18,5% dos casos de infecção são pacientes que demandam atendimento hospitalar, desses 4,7% são críticos e necessitam de cuidados intensivos<sup>4</sup>. O surgimento de novos casos e de óbitos permanece em ascensão no Brasil, estando a saúde pública em estado de emergência em alguns estados, devido a superlotação das instituições de saúde e ao esgotamento das ações e serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3-4)</sup>.

Frente a este cenário, os hospitais demandam um preparo para a expansão da sua assistência de forma planejada e organizada, considerando todos os fatores envolvidos na crise, como, os recursos, os espaços, a comunicação e os profissionais de saúde<sup>(4)</sup>.

Portanto, cabe aos gestores dos serviços de saúde a elaboração de planos locais de enfrentamento, como, por exemplo, protocolos de atendimento, alinhados ao plano de contingência estadual e federal, para nortear o atendimento de pacientes suspeitos e confirmados. Recomenda-se incluir informações sobre a detecção de casos suspeitos, fluxos de atendimento, estratégias de capacitação para os trabalhadores e especificidades do estabelecimento<sup>(5)</sup>.

No Brasil definiram-se alguns hospitais como referências para o atendimento de casos graves da COVID-19, de acordo com a seleção pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O Rio Grande do Sul (RS) possui três hospitais de referência, definidos pela capacidade de assistência desses serviços, os quais dois estão localizados em Porto Alegre e um na região metropolitana em Canoas<sup>(6)</sup>. Considerando o contexto da pandemia, definiu-se como questão norteadora para a construção deste artigo: como um serviço de emergência de um hospital brasileiro de referência, 100% SUS, organizou seus fluxos para o atendimento de pacientes suspeitos ou

confirmados da COVID-19? Pretende-se contribuir para a enfermagem brasileira que estejam organizando seus serviços.

## Objetivo da experiência

Relatar a experiência vivenciada de um serviço de emergência hospitalar do Sistema Único de Saúde sobre os fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Relato de experiência vivenciada por profissionais da enfermagem de um hospital de referência brasileiro no enfrentamento à pandemia. O estudo surgiu da proposta de documentar a prática aliada à convergência de abordagens teórico-metodológicas do cuidado prestado ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado para COVID-19.

### Cenário do estudo

Serviço de emergência de um hospital de grande porte, de atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde indicado pelo Ministério da Saúde (MS) para ser referência de atendimento no contexto de enfrentamento à COVID-19. O serviço divide-se entre os setores de classificação de risco e consultórios médicos; sala de exames laboratoriais e de imagem; área azul de atendimento; sala verde; Unidade de Decisão Clínica; sala laranja; e a sala vermelha, onde são atendidos os pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19. Além disso, existe um "Centro de Triagem COVID-19", na área externa ao hospital. Na emergência são realizados em média 4.500 atendimentos de pacientes ao mês.

### Período de realização da experiência

Após o surgimento do primeiro caso confirmado no Brasil, o serviço de emergência iniciou a construção de logísticas para atendimento e recursos materiais, físicos e humanos. A abertura da sala vermelha para atendimento exclusivo de pacientes suspeitos ou confirmados iniciou-se em 26 de março de 2020, bem como o "Centro de Triagem COVID-19", exclusivo para triagem de pacientes suspeitos de infecção.

### Sujeitos envolvidos na experiência

No serviço de emergência trabalham 161 profissionais técnicos em enfermagem, 38 enfermeiros, 60 médicos, duas nutricionistas, três assistentes sociais, quatro fisioterapeutas, uma farmacêutica e 20 profissionais administrativos. Na sala vermelha para atendimento de pacientes COVID-19 trabalham quatro técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um médico plantonista e um higienizador

por turno. No “Centro de Triage COVID-19”, trabalham 3 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 3 médicos durante o dia, com funcionamento das 8h às 22h.

### Aspectos éticos

Ressalta-se que os aspectos éticos deste relato foram respeitados a fim de garantir o anonimato de informações institucionais, utilizando apenas recursos de domínio público.

## RESULTADOS

### Descrição da experiência

Inicialmente organizou-se um núcleo responsável pela criação dos planos de contingência composto por representantes de diversos setores: diretoria, gestão de risco assistencial, controles de infecção, laboratório e gestores. Os planos continham fluxos de atendimento de acordo com os diferentes níveis de resposta.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 188, declarando “emergência pública de importância nacional”<sup>(7)</sup>. Essa recomenda que as secretarias estaduais e municipais de saúde, serviços públicos e privados de saúde, desenvolvam planos de contingência com medidas de resposta proporcionais e específicas aos riscos atuais, objetivando mitigar os riscos de transmissão sustentada e o aparecimento de casos graves com mortes subsequentes<sup>(8)</sup>. O protocolo com os fluxos de atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 foi elaborado por profissionais da gestão de risco assistencial, do controle de infecção, gestores de serviços assistenciais, dentre outros.

Até o momento do estabelecimento do plano de contingência, não havia no país a transmissão comunitária, quando foram desenvolvidos os fluxos de atendimento para pacientes com sintomas de SG ou SRAG triados na classificação de risco da Emergência. Para o primeiro fluxo de atendimento inicialmente elaborado, designou-se caso suspeito, aqueles que apresentavam febre e sintoma respiratório, associado a retorno de viagem de área afetada nos últimos 14 dias, ou apresentando esses mesmos sintomas, porém com contato próximo de caso confirmado ou suspeito<sup>3</sup>. Ainda, pacientes com contato domiciliar com caso confirmado nos últimos 14 dias e febre, sintomas respiratórios ou outros sintomas, como: mialgia/artralgia, cefaleia, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômitos, desidratação ou inapetência. Conforme a sintomatologia e contatos, o paciente era considerado caso suspeito ou confirmado<sup>(3)</sup>.

No Brasil, as emergências nacionais de saúde pública podem ser definidas como eventos que representam riscos à saúde pública, como surtos ou epidemias, desastres e situações em que há carência de assistência à população,

que vão além da capacidade do Estado<sup>(9)</sup>. Diante desse cenário, faz-se necessário desenvolver e promover ações de respostas rápidas, com o objetivo de monitorar e analisar os dados epidemiológicos, auxiliar nas tomadas de decisão para definir estratégias e ações que sejam apropriadas para lidar com a situação de emergência de saúde pública<sup>(10, 11)</sup>.

O Brasil teve experiência anterior com a pandemia de Influenza (H1N1), em 2009<sup>(12)</sup>. Nesse período o hospital deste relato, também foi referência no enfrentamento ao vírus H1N1. Desde então, todos os estados foram incentivados a elaborar adaptações do plano de contingência nacional, de acordo com suas especificidades.

No dia 6 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde aprovou a Lei nº 13.979, conhecida popularmente como a “lei de quarentena”, que dispõe sobre medidas de isolamento, quarentena, notificação obrigatória dos casos, incentiva estudos epidemiológicos ou de investigação, dentre outras<sup>(13)</sup>.

O primeiro caso confirmado de coronavírus no Brasil e primeiro caso na América Latina foi registrado em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020. O perfil deste caso evidenciou idoso de 61 anos com histórico de viagem ao norte da Itália. A partir desse evento, os números de casos aumentaram exponencialmente em diversas cidades do país, levando o MS a decretar transmissão comunitária em menos de um mês<sup>(14)</sup>. O SUS possui capacidade e experiência para executar ações relacionadas ao manejo de casos suspeitos ou confirmados de coronavírus<sup>(15)</sup>.

### Primeiro fluxo de atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19

#### 1) Acolhimento sala de emergência

Ao chegar no serviço de emergência, o paciente era recepcionado pelo enfermeiro e técnico em consultório, paramentados com os equipamentos de proteção individual (EPI) de precaução para contato e aerossóis. Comunicava-se o Núcleo de Epidemiologia do hospital que orientava a realização ou não de coleta de *swab* nasal e orofaríngeo. Caso não fosse necessária coleta, o enfermeiro classificador descrevia “liberado pela vigilância epidemiológica”. Entretanto, se havia orientação de coleta, o paciente era conduzido para a sala vermelha da emergência, em box de isolamento de aerossóis onde era realizada a coleta de *swab* e posterior avaliação médica.

Se durante o atendimento inicial o paciente apresentasse instabilidade, imediatamente era conduzido para a sala vermelha, sendo atendido em um quarto de isolamento ou sala de reanimação cardiopulmonar (RCP). O enfermeiro realizava as etapas de classificação pelo Protocolo de Manchester, acionava o Núcleo de Epidemiologia e Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH)

para comunicação de paciente suspeito, com posterior coleta de *swab* nasal e orofaríngeo. O médico definia se o paciente deveria internar em enfermaria de isolamento para pacientes COVID-19 ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Para aqueles sem necessidade de internação, eram designadas as condições de alta.

## 2) Alta da sala de emergência para domicílio

Confirmada a possibilidade de alta do paciente pela equipe médica, após avaliação de exames, esse era orientado em relação aos cuidados para tratamento medicamentoso pelo médico responsável, enquanto o enfermeiro reforçava as orientações de necessidade de isolamento social e quarentena por 14 dias. Ainda, se o paciente verificava em casa a piora dos sintomas, esse era orientado a buscar atendimento em uma Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência, para ser corretamente regulado novamente nos níveis de assistência e complexidades da rede de saúde do SUS.

## 3) Internação em unidades de isolamento para pacientes suspeitos ou confirmados

Após a avaliação médica e realização de exames laboratoriais e de imagem, se o paciente necessitasse permanecer no hospital, esse era internado em Unidade de Isolamento para Pacientes Covid-19. O processo de admissão ocorria da seguinte forma: após evolução médica para internação em Unidade, o enfermeiro paramentado permanecia com paciente em sala de atendimento e informava ao Núcleo de Internação Regular (NIR), Núcleo de Epidemiologia e SCIH, para que esses setores realizassem a busca de leito para internação.

Com a liberação de leito disponível, o enfermeiro informava a Higienização Hospitalar sobre o transporte de paciente suspeita da COVID-19 com a utilização de elevadores. Os elevadores de transporte ficam interditados para serem utilizados nesse momento apenas para o transporte dos casos. O paciente paramentado com máscara e avental é conduzido por enfermeiro e técnico de enfermagem até a unidade de internação, com seu prontuário envolto de protetor plástico para reduzir contaminação.

## 4) Internação em Unidade de Terapia Intensiva para pacientes suspeitos ou confirmados

Os pacientes com instabilidade hemodinâmica ou ventilatória são encaminhados para a UTI. O médico da emergência realiza contato com o plantonista da UTI para comunicar a instabilidade do paciente e necessidade de leito. Neste momento, o enfermeiro comunica o SCIH. Após a confirmação do leito, os mesmos procedimentos de paramentação e condução de transporte são realizados. Em março, foi organizada uma única UTI para admissão desses

pacientes. Todavia, com o aumento do atendimento e gravidade, reestruturou-se a UTI para aumento do número de leitos.

## Segundo fluxo de atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19

No final do março, no RS, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre confirmou os primeiros casos de transmissão comunitária. Dessa forma, nessa fase da pandemia, para a vigilância epidemiológica da COVID-19 definiu-se como casos: Síndrome gripal, paciente com febre de início súbito mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta, e pelo menos um dos sintomas de mialgia, cefaleia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico; Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), para indivíduos de qualquer idade, com síndrome gripal que apresente dispneia ou um dos sintomas de gravidade (saturação de SPO<sub>2</sub> < 95% em ar ambiente, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória para a idade, piora nas condições clínicas de doença de base, e hipotensão)<sup>(3)</sup>.

Para agilizar o processo de triagem de pacientes suspeitos da COVID-19, retirou-se o acolhimento da emergência hospitalar, para ser realizada em uma unidade específica conhecida como Centro de Triagem COVID-19, estabelecida pelo próprio hospital.

## 1) Centro de Triagem COVID-19

O centro de triagem foi estruturado externamente a área física do hospital, onde o usuário passa por uma triagem e recebe orientações com o enfermeiro e, se necessário, passa por avaliação médica. O serviço também presta atendimento aos profissionais da instituição que apresentam sintomas respiratórios para realização de testes e posterior monitoramento. Existem dois fluxos direcionados para atendimento de pacientes e profissionais de saúde que recorrem ao Centro de Triagem.

Os pacientes são inicialmente triados por um enfermeiro, o qual orienta quanto aos sintomas relacionados à infecção por coronavírus e avaliam a necessidade de atendimento por médico. Se visto essa necessidade após avaliação, o mesmo é conduzido através de transporte por ambulância à emergência hospitalar. Todavia, caso apresente apenas sintomatologia leve, recebe orientações de isolamento social por 14 dias em domicílio e de seus familiares, além de necessidade de retorno em agravamento dos sintomas, atestado para fins laborais e receita medicamentosa. Quanto aos profissionais de saúde, esses são triados pelo enfermeiro, seguido de avaliação médica e coleta de PCR por *swab* de nasofaringe e orofaringe. Após, realizam-se orientações para afastamento laboral de 14 dias, e prescrição medicamentosa. Se o profissional de saúde apresenta sintomas graves, o mesmo é encaminhado à sala vermelha de emergência para avaliação complementar.

## 2) Novo fluxo de atendimento na emergência

Com o advento do Coronavírus em transmissão comunitária no RS, a emergência organizou-se de forma a estabelecer uma única sala de atendimento para os pacientes graves, provenientes do Centro de Triagem, trazidos de Unidades de Pronto Atendimento ou de domicílio através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Desta forma, a sala vermelha passou a ser designada como espaço para atendimento exclusivo dos pacientes relacionados à COVID-19, enquanto as outras patologias, como infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) e demais emergências, são atendidas na sala laranja com estrutura logística e humana necessária para tal.

Na atual sala vermelha COVID-19, as equipes são capacitadas desde os cuidados com contaminação durante a paramentação e desparamentação de EPI, bem como no atendimento do manejo de via aérea avançada dos pacientes a fim de evitar a propagação de aerossóis durante os procedimentos de risco. Todos os profissionais são capacitados quanto à realidade dos novos fluxos de atendimento e atualizações diárias para a assistência, sendo essa capacitação realizada por enfermeiro sempre que novas informações surgem referentes ao novo cenário de atendimento.

### PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A experiência de enfrentamento à COVID-19 e atendimento dos pacientes acometidos exigiu do serviço de emergência uma reestruturação imediata. Em um curto período de tempo, foram necessários designar novos planos de contingência baseados nas experiências hospitalares a nível internacional, bem como redesenhar a assistência de todo o serviço de emergência. O atendimento dos pacientes graves por outras comorbidades não relacionadas à COVID-19, até então realizado em sala vermelha, precisou ser designado à sala laranja, sendo esta remodelada quanto à logística de recursos humanos, materiais e equipamentos para suprir as necessidades de atendimento de emergência.

Diariamente, novas informações e protocolos nacionais e internacionais surgiram, exigindo desta forma a remodelação e adequação das normas conforme a nova rotina do serviço. Imediatamente, verificou-se a urgência em capacitar todos os profissionais quanto à nova realidade: os diferentes fluxos de atendimento e como os mesmos deveriam atender perante o atual cenário, os cuidados com a proteção individual pelo uso de EPI, e a intensa capacitação das equipes destinadas a atuar dentro da sala vermelha COVID-19 e Centro de Triagem.

Os desafios voltaram-se a reestruturar o serviço para uma nova realidade de saúde pública, em curto período de tempo. Concomitantemente, observou-se os sentimentos

de angústia e estresse da equipe para a radical adaptação, o qual foram ofertados atendimentos psicológicos a todos os trabalhadores para apoio frente à adaptação em novas rotinas para o atendimento de um perfil de paciente até então desconhecido. Verificou-se a importância do engajamento de todos os profissionais de forma interdisciplinar na troca de experiências e conhecimentos para enfrentamento da realidade, bem como os diferentes setores hospitalares para o estabelecimento e coerência da assistência.

### Limitações da experiência

No contexto da assistência aos pacientes no período da pandemia, tornou-se possível evidenciar algumas fragilidades e limitações nos processos de trabalho. Muitas vezes esses processos passavam por rigorosas revisões e, tanto as rotinas quanto os fluxos de atendimento, ocorriam atualizações sempre que necessário. Por vezes, as equipes sentiram dificuldade de acompanhar essas modificações que vinham ocorrendo rapidamente e algumas barreiras nos processos de comunicação entre os diferentes níveis organizacionais foram identificadas.

### Contribuições para a prática

Relatar a experiência de um serviço de emergência quanto à reorganização dos fluxos de atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados pela infecção, possibilita a reflexão de todo o processo quanto ao seu percurso, verificando quais foram os possíveis acertos e erros. Registrar as etapas de remodelação dos atendimentos e suas implicações, contribuem para que outras emergências hospitalares possam aproveitar essas experiências e inseri-las em sua prática e rotina. Frente ao cenário de pandemia, a experiência vivenciada possibilita a capacitação dos colaboradores e preparo para novas urgências em saúde pública.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato destacou o envolvimento e a participação da equipe multidisciplinar para organização logística, de recursos humanos e materiais e no estabelecimento das novas rotinas assistenciais em curto prazo. A pandemia exige contínua adaptação dos profissionais que estão na linha de frente e atualização dos fluxos de trabalho conforme o avanço da doença. Para o bom funcionamento do serviço de emergência, além de infraestrutura material e pessoal é necessário garantir a capacitação dos seus funcionários.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram das etapas de concepção e/ou desenho do estudo, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

## 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. *The Lancet*. [Internet]. 2020 [cited 2020 May 07]; 395(10223): 497-506. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
2. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [cited 2020 May 07]; 382:1708-1720. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Projeto Lean nas Emergências. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/03/Ebook-SirioLibanes-PlanodeCriseCOVID-19-LeannasEmerg--ncias-0304-espelhadas.pdf>
5. Secretaria de Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [internet]. Porto Alegre: Governo do Estado RS; 2020 [cited 2020 May 7] Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronav--rus-RIO-GRANDE-DO-SUL-EM-REVIS--O.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 7]. Coronavírus: veja lista de hospitais que serão referência do Brasil. [about 2 screens]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46257-mapa-hospitais-referencia-novo-coronavirus>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria No 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 7]. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
8. Ministério da saúde (BR). Plano de Contingência Nacional Para Infecção Humana Pelo Novo Coronavírus COVID-19. Tiragem: 1ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited May 7]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/>.
9. Ministério da Saúde (BR). Decreto no 7616. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited May 7]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm)
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2020 May 7]. CDC Emergency Operations Center [about 2 screens]. Available from: <https://www.cdc.gov/cpr/eoc.htm>
11. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Health Emergencies Department (PHE). [internet]. Washington: PHE; 2020 [cited 2020 May 7]. Emergency Operations Center. [about 1 screen]. Available from: [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=article&id=642:emergency-operationscenter&Itemid=867&lang=en](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=642:emergency-operationscenter&Itemid=867&lang=en).
12. Milanesi R, Caregnato RCA, Wachholz NIR. Pandemic Influenza A (H1N1): changing population health habits in Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2010. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [cited 2020 May 07]; 27(4):723-732. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n4/723-732/>
13. Brasil. Secretaria-Geral. Lei No 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [internet]. Brasília: Secretaria-geral. [cited 2020 May 7]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm).
14. Ministério da Saúde (BR). [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 7]. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. [about 2 screens]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>. Accessed March 27, 2020.
15. Croda J, Oliveira WK, Frutuoso RL, Mandetta LH, Baia-da-Silva DC, Brito-Souza JD et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 08]; 53: e20200167. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822020000101000&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822020000101000&lng=en).