

Covid-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos: pensando globalmente, atuando localmente e sentindo individualmente

Covid-19 en instituciones de cuidado a largo plazo para los ancianos: pensar globalmente, actuar localmente y sentir de forma individual

*Covid-19 in Long Term Care Institutions for the Elderly: thinking globally, acting locally and
feeling individually*

Guilherme A. Rossini, Marcelo R. Levites,** Marco Aurelio Janaudis,*** Marcella Jovelli M. Ribeiro.*****

* Doutorando em Medicina – Instituto Butantã - São Paulo - SP / Faculdade de Medicina da USP. **Doutor em Medicina. Diretor Comercial de SOBRAMFA.
Doutor em Medicina. Secretário Geral de SOBRAMFA. Diretor de Graduação e Conteúdo. *Acadêmica na Faculdade de Medicina, Universidade Municipal
de São Caetano do Sul (USCS).

Correspondencia: Dr. Guilherme A. Rossini **Correo electrónico:** dr.guilherme@usp.br

Resumo

O surto de Covid-19 iniciado na China no final de 2019 expandiu-se rapidamente, configurando uma pandemia e as instituições de saúde, vigilância epidemiológica, universidades e associações médicas ao redor do mundo estão trabalhando para definir precisamente as características clínicas e epidemiológicas do vírus causador da doença, o SARS-CoV-2. Neste artigo, apresentamos uma reflexão acerca dos efeitos e aprendizados decorrentes da pandemia nas Instituições de Longa Permanência para Idosos em que atuamos como médicos, ressaltando como a prática de uma medicina humanística e centrada na pessoa contribuiu para a introdução das medidas necessárias para a contenção e tratamento da doença, com redução de seus impactos.

Palavras-chave: Covid-19. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Medicina Centrada na Pessoa.

Resumen

La epidemia de Covid-19 que comenzó en China a fines de 2019 se ha expandido rápidamente, configurando una pandemia y las instituciones de salud, vigilancia epidemiológica, universidades y asociaciones médicas de todo el mundo están trabajando para definir con precisión las características clínicas y epidemiológicas del virus causante de la enfermedad, SARS-CoV-2. En este artículo, presentamos una reflexión sobre los efectos y las lecciones aprendidas de la pandemia en los residenciales para mayores en las cuales trabajamos como médicos, enfatizando cómo la práctica de la medicina humanista y centrada en la persona ha contribuido para la institución de las medidas necesarias para la contención y tratamiento de la enfermedad, con reducción de sus impactos.

Palabras clave: Covid-19. Residenciales para mayores. Medicina Centrada en la Persona.

Abstract

The Covid-19 outbreak that started in China in late 2019 has expanded rapidly, configuring a pandemic and health institutions, epidemiological surveillance, universities, and medical associations around the world are working to define –

precisely the clinical and epidemiological characteristics of the disease-causing virus, SARS-CoV-2. In this article, we present a reflection on the effects and the lessons learned from the pandemic in nursing homes in which we work as doctors, emphasizing how the practice of humanistic and patient-centered medicine has contributed to the institution of the necessary measures for containment and treatment of the disease, with reduction of its impacts.

Keywords: Covid-19. Nursing Homes. Patient-Centered Medicine.

Os coronavírus (CoVs) constituem uma família de vírus RNA que têm potencial de causar, normalmente, doenças respiratórias leves em humanos. Em janeiro de 2020, a comissão municipal de saúde de Wuhan, na China, alertou sobre um surto de uma nova forma de pneumonia viral causada pelo “Wuhan coronavírus n-CoV”, a qual ficou conhecida como Covid-19¹ e pode evoluir com Síndrome Respiratória Aguda Severa. Este novo vírus é o sétimo coronavírus conhecido com capacidade de infectar seres humanos e foi nomeado como Sars-CoV-2.² O surto se expandiu rapidamente, configurando uma pandemia e as instituições de saúde, vigilância epidemiológica, universidades, associações médicas e editoriais de revistas científicas ao redor do mundo estão trabalhando para definir precisamente as características clínicas e epidemiológicas do SARS-CoV-2.

Aqui no Brasil não é diferente. Desde as instituições nacionais e públicas, como o Ministério da Saúde, até as privadas e locais, como as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), estão empenhadas em proteger a população do vírus. As medidas requeridas para o “achatamento da curva” de transmissão da Covid-19 como o isolamento, o distanciamento social e a quarentena da população também apresentam “efeitos colaterais”, como, por exemplo, o anseio e a angústia dos familiares que têm seus entes queridos vivendo em ILPI. Em uma esfera mais ampla e nacional, as medidas preventivas citadas geram um impacto negativo em diferentes níveis da sociedade, sufocando a vida social e econômica.³ Isso talvez seja tão ruim quanto o próprio impacto direto da pandemia na população, por isso medidas extremas como lockdown, devem ser individualizadas⁴, uma vez que, sabidamente, a crise econômica gera desigualdade social⁵ e esta reflete negativamente na mortalidade infantil, em mortes por causas externas e em outros importantes indicadores de saúde. Ao mesmo tempo, países que já estavam abalados em decorrência de questões políticas e econômicas tendem a sofrer mais o impacto da pandemia.⁶

É praticamente impossível prever o resultado das medidas que vão sendo tomadas conforme o conhecimento acerca da doença vai sendo construído e todos os gestores de saúde do mundo vivem um desafio diário para tomar decisões acertadas baseadas em dados sólidos e protocolos (*guidelines*). Tais dados e protocolos apresentam um caráter dinâmico e o que era verdadeiro em um dia deixa de ser aceito em outro, pois estamos diante de uma ciência vivida em tempo real a partir da experiência. Em relação aos cientistas reducionistas estáticos, a pandemia desafia a ciência e, se a ciência quer representar a realidade como ela é, tem de ser dinâmica, com múltiplas variáveis a serem levadas em consideração e consciente de que existem perspectivas e interpretações dos dados que representam a realidade.

Neste artigo, aliamos nossas percepções pessoais aos dados epidemiológicos e clínicos que nos têm norteado com o objetivo comunicar nossa experiência como médicos atuantes em ILPI na cidade de São Paulo, SP, Brasil, durante a pandemia de Covid-19.

Qual o tamanho e as habilidades do “monstro”?

Desde o início da pandemia, estabeleceu-se uma grande preocupação em relação aos idosos e portadores de comorbidades, os quais foram considerados população de risco e realmente apresentam grandes taxas de morbimortalidade, as quais têm sido insistentemente transmitidas pelos veículos de comunicação. Imaginem um grupo de pessoas com essas características residindo em um mesmo local e tendo de ser cuidadas por profissionais que vêm de fora, muitos deles por meio dos transportes coletivos. Tudo isso e ainda as notícias

devastadores que vinham da Europa relatando um número absurdo de mortes criou um clima de insegurança e preocupação para gestores, médicos e profissionais que atuam em ILPI em nosso país.

Existem evidências de que mesmo em populações de risco, a infecção pelo SARS-CoV-2 pode ser assintomática⁷ e ao mesmo tempo, se houver sintomas, estes podem ser inespecíficos.⁸ Sintomas como tosse e cansaço, que são comuns em idosos com múltiplas comorbidades, representam um desafio para o médico que assiste a ILPI e trabalha com essa população vulnerável.

Em um primeiro momento, em relação aos residenciais de idosos onde atuamos, seguimos as recomendações da literatura para a adoção de medidas não farmacológicas de prevenção⁹ como:

- 1) restrição de visitas de familiares;
- 2) medição de temperatura de todas as pessoas que entram na unidade;
- 3) intensificação das medidas de higiene em áreas comuns;
- 4) suspensão de atividades em grupo;
- 5) afastamento de funcionários sintomáticos;
- 6) cuidados redobrados dos funcionários com lavagem de mãos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e demais medidas de proteção.

Apesar de a utilização dos EPIs ser considerada eficaz, profissionais da saúde podem se contaminar.¹⁰ Um estudo em casas de repouso apontou a presença do vírus em pacientes pré-sintomáticos e também uma rápida disseminação do mesmo.¹¹ Por isso, os maiores desafios que envolvem a eficácia das medidas preventivas estão atrelados às características do SARS-CoV-2, como inespecificidade dos sintomas e a transmissibilidade por pessoas assintomáticas.^{7,12} Portanto, o vírus já poderia estar circulando nas instituições mesmo antes que as medidas tivessem sido tomadas, ou ainda, os próprios trabalhadores da área da saúde e cuidadores que assistem aos idosos poderiam ser fontes de contaminação, em especial os que estão em contato prolongado com o paciente.¹³ A identificação do possível local de origem de uma contaminação é incerta uma vez que grande parte dos profissionais possuem mais de um local de trabalho¹⁴, utilizam transporte público, vão ao mercado, etc.

Não existe outra saída: temos que nos adaptar à alta exposição ao vírus a que estamos sujeitos, e ser resilientes ao impacto na nossa profissão¹⁵ pois, certamente, toda a área da saúde irá mudar. Devemos estar preparados para as mudanças e as atualizações que estão ocorrendo no mercado, como por exemplo, a chegada da telemedicina.¹⁶ Além do mercado da saúde, o mercado de ações também sentiu, sente e sentirá o impacto da pandemia.¹⁷ A tendência é que toda economia em geral se transforme¹⁸⁻²⁰ e, certamente, modificações ocorrerão na medicina.

Existe a possibilidade de a pandemia ser a “gota d’água” de uma crise humanitária complexa que desafiará toda a humanidade.²¹ Precisamos estar conscientes de que governos e instituições buscam meios inéditos para superar essa crise, tendo sido sugerida até mesmo a necessidade da criação de uma Nova Ordem Mundial.²² No entanto, as pessoas mais vulneráveis estão agora abertas ao conhecimento e mudanças de comportamento, uma vez que a mudança já ocorreu e agora tudo é questão de resiliência.²³ E não são de se desprezar o grande número de estratégias criativas e de atitudes de compaixão e união que se espalham ao redor do planeta, na tentativa de se minimizar o sofrimento. Certamente, teremos a oportunidade de fazer algo diferente desta vez.²²

Narrativa de um jovem médico da equipe acometido pela Covid-19

No início de março de 2020, como parte de uma equipe que dá assistência a várias ILPI na cidade de São Paulo, comecei a passar visita em alguns desses residenciais. Logo após iniciar minhas atividades, tive a notícia do --

primeiro caso confirmado de Covid-19 em nosso país, o qual ocorreu em nossa cidade, bem próximo ao ambiente em que vivo e trabalho. Já tendo assimilado tudo o que havia lido e estudado sobre a doença, imediatamente senti um sinal de alerta interno: “Eu estou trabalhando justamente com os mais vulneráveis a desenvolverem formas severas do coronavírus!”.

A nossa equipe médica prontamente se decidiu, e logo iniciamos as recomendações preventivas supracitadas. Muita coisa mudou na prática, inclusive a maneira de cumprimentar meus pacientes. As visitas dos familiares foram restringidas, o que levou a um anseio de ambas as partes, dos pacientes e de seus familiares queridos. Estimulei o uso da tecnologia com videochamadas para aproximá-los, mas não é a mesma coisa que um contato presencial, como um jantar, por exemplo. Com os EPIs eu me sentia como se tivesse colocado uma armadura, e a máscara me fazia sentir de alguma maneira sufocado. No final da visita, eu ficava aliviado quando saía ao ar livre, retirava a máscara e respirava bem fundo. Algo novo para o qual todos médicos deverão se adaptar visando o bem do coletivo e o próprio bem.

De repente, no final de março, eu iniciei um quadro gripal com dores musculares e cansaço que persistiam por algum tempo e, quando achei que fosse melhorar, acordei com anosmia no quarto dia. Em todo esse processo e experiência, esse último foi o que me tirou da zona de conforto. Um tanto esquisito não sentir o cheiro do café. E se de algum modo foi de certo modo frustrante precisar me afastar de um trabalho empolgante que havia iniciado há pouco, por outro lado, eu me senti trabalhando em equipe, uma vez que os outros colegas assumiram as linhas de frente²⁴ para que eu conseguisse me isolar e recuperar. Todo contexto me fez sentir liderado pelos mais experientes da nossa equipe, algo necessário nos dias atuais²⁵⁻²⁷.

Nesta era em que estamos vivendo, com internet e muitas informações, existem dezenas de atualizações sobre Covid-19 todos os dias, e é preciso saber distingui-las e articulá-las para que se tornem conhecimento, uma vez que uma informação fora de contexto e mal interpretada leva confusão, dúvidas, medos e incertezas.

No entanto, analisando todos os cenários desta pandemia, eu escolhi ser otimista e acreditar que vai ficar tudo bem. Fui me recuperando aos poucos, sem necessitar internação e estou certo de que iremos nos adaptar como humanidade, evoluir, atingir uma nova etapa da vida, talvez com uma certa distância dos entes queridos e deixando os abraços, beijos, carinho no cabelo e outras linguagem do amor – tão presentes em nossa cultura – limitados. Talvez nada mude. Independentemente, nós seremos resilientes, inclusive com as próximas mudanças que virão.

Nesse período de quarentena, em que pude refletir e aprender a melhor a lidar com as incertezas da vida, um autor que muito me inspirou foi Eckhart Tolle que, em seu livro chamado “O Poder do Agora”²⁸, ensina sobre padrões da mente e a identificação com os pensamentos. E a prática das técnicas meditativas sugerida pelo autor tem me ajudado bastante no caminho da auto-observação e na organização e liberação dos sentimentos e pensamentos caóticos que comumente afloram em momentos de crise.

Narrativa coletiva dos médicos que se mantiveram atuantes nas ILPI

Estávamos no começo do mês de março de 2020. Muitas informações chegavam da China e da Europa e já tínhamos conhecimento de muitas mortes de idosos ocorridas em casas de repouso de alguns países europeus. Nesse momento, quando a Covid-19 tinha uma disseminação incipiente no Brasil e ninguém sabia ao certo o rumo que as coisas iriam seguir, fomos tomados pela dúvida e apreensão. Será que nas ILPI em que atuávamos muitos idosos iriam morrer? Será que teríamos de vivenciar situação semelhante à ocorrida na Europa? Essas notícias também abalaram os familiares dos hóspedes e muitos começaram a ligar perguntando se deveriam retirá-los das casas de repouso ou não. Explicamos que, apesar de o coronavírus ser muito transmissível e apresentar-se de forma mais grave nos idosos, iríamos adotar todas as medidas de prevenção necessária, pois havíamos já aprendido muito com as informações e relatos que chegavam das instituições do exterior. Em ---

nostros cenários de atuação, passamos a transmitir, incansavelmente, os conhecimentos adquiridos sobre a doença e sua prevenção a todos os funcionários. Muitas conversas com a equipe de enfermagem e cuidadoras foram necessárias para que adquirissem o hábito de se proteger adequadamente, porém, sem se deixar tomar pelo pânico. Continuávamos a aprender cada vez mais a partir de relatos que chegavam de outras casas de repouso dos EUA e da Europa, reforçando assim as estratégias de prevenção e nos preparando para quando tivéssemos de lidar com os primeiros idosos infectados. Durante todo o mês de março, nada de novo aconteceu com nenhum dos cerca de 600 hóspedes das ILPI em que atuamos.

No final de março, quando já tínhamos vários casos de Covid-19 reportados no Brasil, surgiu a primeira situação preocupante que envolveu uma hóspede nonagenária que teve febre e queda de saturação. Esta, no mesmo dia, foi encaminhada ao hospital. Após alguns dias, recebemos a notícia de que ela veio a falecer por um vírus intersticial e não em decorrência da Covid-19. No entanto, nesse momento, o nosso grau de preocupação com todos – hóspedes e funcionários – havia se intensificado e medidas de prevenção mais rígidas foram tomadas: EPIs para quem tinha contato direto com os idosos, intensificação das medidas de limpeza e higiene, restrição de visitas e isolamento de cada hóspede que apresentasse febre ou sintomas de um estado gripal, mesmo leve.

Com o decorrer do tempo foi aumentando o número de pacientes com sintomas de febre e apatia, mais do que tosse. Continuamos isolando esses hóspedes e passamos a testá-los com o PCR para coronavírus. Foi quando, de fato, confirmamos os primeiros casos da doença. Os que tinham qualquer indício de agravação ou queda da saturação de oxigênio eram prontamente enviados para internação hospitalar. Os que estavam bem continuavam conosco, isolados e com acompanhamento cuidadoso.

Não demorou para que alguns profissionais de saúde fossem contaminados, incluindo o médico autor da narrativa apresentada anteriormente. As conversas com os funcionários para aprofundamento das orientações e esclarecimento de dúvidas tornaram-se ainda mais necessárias. Felizmente, apenas uma enfermeira teve necessidade de internação e, no momento em que escrevemos este texto, ela já está totalmente recuperada, tendo reassumido seu trabalho.

Com o aumento do número de infectados entre funcionários e hóspedes – que sequer tinham saído para ambientes externos – tomamos a resolução de testar todas as pessoas dos dois grupos, com o intuito de colocar pacientes assintomáticos em isolamento e afastar os funcionários com teste positivo. O fantasma do que havia ocorrido nos residenciais de idosos do exterior ainda nos assombrava.

O resultado de muitos dos testes foi positivo e, surpreendentemente, a quase totalidade dos pacientes estava assintomática, mantendo bom estado geral. Ressaltamos a questão colocada por uma senhora: “Doutor, acho que este coronavírus não é tão grave assim. Como meu pai de 96 anos com resultado do teste positivo está melhor do que eu?” Constatamos na prática o que já vinha sendo sugerido pela literatura: a doença tem uma seletividade de gravidade que não podemos explicar... até o momento.

A troca de informações permitiu que aqui no Brasil nos adiantássemos em alguns aspectos pois, tendo recebido diretrizes que foram instituídas e testadas com bons resultados na França, vislumbramos alguns dos caminhos a seguir. O uso de hidroxiquina na dosagem de 400 mg nos primeiros cinco dias do surgimento dos sintomas era recomendado no protocolo francês e passamos a utilizá-la como suporte, ainda que haja muitas controvérsias a respeito da droga. Como era esperado, a introdução dessa conduta não foi assim tão simples. Inicialmente, passamos por uma certa tensão ao conversarmos e explicarmos às famílias como deveríamos agir. Neste momento, todo cidadão do mundo tinha uma opinião formada sobre a hidroxiquina e outros tratamentos. Uma boa comunicação com os familiares foi fundamental para que traçássemos um caminho em que as opiniões das famílias e da instituição fossem conciliadas e respeitadas.

Assim, não houve grandes problemas em relação à aceitação do tratamento. No entanto, alguns cuidados foram necessário antes da prescrição do medicamento, tais como a realização de eletrocardiograma (ECG) para a detecção do alargamento do espaço QT, contraindicação ao uso da hidroxicloroquina, pelas maiores chances de que possam ocorrer arritmias. Certamente seria inviável e não recomendado deslocar os hóspedes para fazerem os ECGs em outros locais. Estes deveriam ser realizados no próprio residencial. Para tal, tivemos de vencer algumas dificuldades técnicas, sendo a principal delas a necessidade de ensinar e preparar os técnicos de enfermagem e enfermeiros a fazer o exame corretamente. Convém ressaltar que o fato de proporcionarmos um canal aberto de contato entre os médicos e familiares, seja presencialmente ou por telefone fez toda a diferença. Esse investimento de tempo para falar, conversar e esclarecer dúvidas representou um aspecto imprescindível para a aceitação do bloqueio das visitas de familiares e demais condutas que se fizeram necessárias.

Assim fizemos o acompanhamento de um grande número de pacientes nas casas de repouso com teste positivo para coronavírus, assintomáticos e oligossintomáticos. Nesse período, o trabalho de todos, em especial dos funcionários da área de saúde se intensificou: visitas frequentes da equipe médica com resposta rápida às intercorrências, verificação constante dos sinais vitais considerando-se de vital importância a detecção da saturação de oxigênio por parte da equipe de enfermagem, cuidados com a alimentação e hidratação e tudo o mais que se apresentasse e requeresse a atenção. Os dias foram passando e, com sorte e proteção divina, ainda que alguns poucos pacientes tivessem sido hospitalizados por Covid-19 e menos ainda faleceram, a quase totalidade dos idosos que permaneceram nos ILPI sob nossos cuidados evoluíram bem. Esta evolução surpreendentemente mais favorável do que a esperada quando tudo começou está evidenciado no gráfico I.

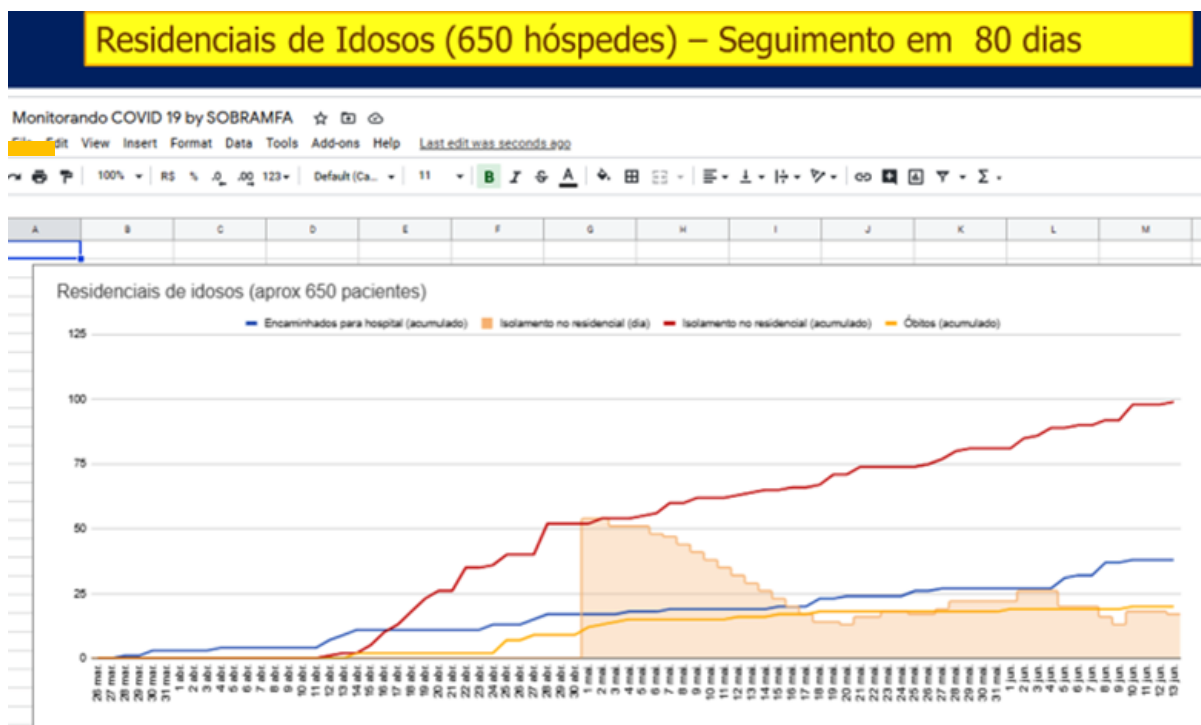


Gráfico I: número e evolução dos pacientes com covid-19 no período entre 23/03/20 a 13/06/20

- Encaminhados para hospital (acumulado)
- Isolamento no residencial (dia)
- Isolamento no residencial (acumulado)
- Óbitos (acumulado)

Sabemos que o coronavírus não sairá de nossas vidas por hora, ou seja, pelo menos até que uma vacina eficaz seja disponibilizada em larga escala. Enquanto isso, medidas preventivas, como o uso das máscaras, a lavagem sistemática das mãos, o isolamento dos sintomáticos e testagens em massa frequentes serão parte da nossa rotina. Além disso, já começamos a pensar em formas seguras para se promover alguma convivência de nossos queridos idosos com seus familiares e a volta de algum intercâmbio social dentro da própria casa, considerando-se que certa porcentagem dos hóspedes está desenvolvendo imunidade após a infecção, ainda que não se saiba por quanto tempo a imunidade adquirida persistiria.

Lições da Covid-19 para o manejo dos residenciais de idosos: pensando globalmente, atuando localmente e sentindo individualmente

Nossa equipe faz parte da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo,²⁹ entidade criada há 28 anos e que por meio de seu braço assistencial presta atendimento clínico em cenários tais como cuidados paliativos, acompanhamento de pacientes crônicos e com comorbidades – hospitalizados ou ambulatoriais –, programas de longevidade e atendimento ao idoso institucionalizado. O alicerce de nossa prática é a medicina centrada na pessoa que, por contemplar o ser humano em sua completude, ou seja, em seus aspectos físico, mental e emocional e em seu contexto social, cultural e espiritual, tem um caráter essencialmente humanizador.

No que diz respeito ao atendimento nas ILPI, temos uma rotina já bem estabelecida, a qual vem sendo construída há anos por meio da experiência prática e busca constante de atualização científica, em que sempre é mantida em mente a ideia de que na prática médica o principal ator é o paciente.

O trabalho desenvolvido nas ILPI envolve: presença diária de um médico nos residenciais para resolução de intercorrências e queixas clínicas e para a execução de receitas médicas e relatórios que forem requeridos; consulta regular dos hóspedes em intervalos frequentes; disponibilidade para reuniões com os familiares, presencial ou por contato telefônico; reunião multiprofissional semanal com debate acerca de pacientes com maior necessidade ou problemas; cobertura de 24 horas por dia nos 365 dias do ano para casos de eventuais emergências ou para o preenchimento de atestados de óbito, quando necessário, e para esclarecimento de dúvidas da equipe de enfermagem; manutenção de um relacionamento cooperativo com os médicos de referência dos pacientes, com disponibilidade para contato presencial ou telefônico; resposta rápida a intercorrências, com instituição de intervenções médicas para a prevenção de hospitalização.

Essa rotina bem estabelecida foi essencial para o enfrentamento da crise estabelecida pela pandemia de Covid-19 nas ILPI. Constatamos que o fomento contínuo do fortalecimento dos princípios e valores que nos norteiam faz com que possamos contar com os recursos necessários para a resolução das situações inéditas que se apresentam na prática clínica. Convém lembrar que é necessário atentar para o que está acontecendo em outros cenários, trocar informações e aprender com as experiências alheias bem sucedidas. Quando incorporamos o conhecimento teórico na prática, errando e acertando, tornamo-nos sábios. Compreender nossa humanidade, aceitar nossas limitações e simplesmente sermos “humanos” em tempos de crise é essencial para nos adaptarmos a novas realidades e compreendermos que primeiramente temos de aprender a cuidar de nosso “quintal”, ou seja, atuar em nosso círculo de influências, como diz o diretor científico da SOBRAMFA, Pablo Gonzáles Blasco.^{26,30}

Uma boa estratégia para tal envolve contemplar uma perspectiva Goetheniana do fenômeno, em que o filósofo alemão Johann Wolfgang von Goethe ressalta a importância de confiarmos nos nossos sentidos, os quais concebem a experiência da realidade.³¹ Sim, é necessário olhar para o interior, para a nossa própria percepção do fenômeno exterior e, a partir disso, questionarmo-nos: como podemos contribuir positivamente para o meio em que vivo? E mais uma vez contactamos que o primeiro passo é nos focarmos em nosso quintal. As –

preocupações com o mundo são válidas, mas as soluções para os problemas devem ser construídas no contexto local. Caso contrário, novos problemas são gerados e não conseguimos solucionar a parte que nos cabe. Assim, a grande lição que a pandemia nos ensinou foi: é necessário pensar globalmente, atuar localmente e sentir individualmente.³²

Referências

1. China Center Disease and Control (CHINA). Tracking the epidemic: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <http://weekly.chinacdc.cn/news/TrackingtheEpidemic.htm>.
2. China Center Disease and Control (CHINA). Human Coronavirus types: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>.
3. World Health Organization (USA). COVID-19 Strategy Update: April 2020. United States of America: World Health Organization [Internet]. 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19.
4. Karnon J. A Simple Decision Analysis of Mandatory Lockdown Response to the COVID-19 Pandemic. *Appl Health Economics and Health Policy*. 2020; 1-3.
5. Kalache A. Coronavirus Makes Inequality a Public Health Issue. *World Economic Forum* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 4]. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-makes-inequality-a-public-health-issue/>
6. Takian A, Raoofi A, Kazempour-Ardebili S. COVID-19 Battle During the Toughest Sanctions Against Iran. *The Lancet*. 2020; 395:1035.
7. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term care Skilled Nursing Facility. *Center for Disease Control and Prevention* [Internet]. 2020 March [acesso em 2020 Mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm>
8. China Center Disease and Control (CHINA). Symptoms of Coronavirus: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 March [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
9. China Center Disease and Control (CHINA). Preventing the Spread of COVID19 in Retired Communities and Independent Living Facilities: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 March [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/guidance-retirement-response.html>
10. Hunter E, Price DA, Murphy E, van der Loeff IS, Baker KF, Lendrem D, et al. First Experience of COVID-19 Screening of Healthcare workers in England. *The Lancet*. 2020; 395:e77.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020; 382:2081-2090
12. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, The Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:2158-2160
13. Vera C, Heidi LS, Jan PR, Armin D, Lukas F, Tobias H, et al. Transmission Risk of SARS-CoV-2 to Healthcare Workers - Observational Results of a Primary Care Hospital Contact Care Tracing. *Swiss Medical Weekly*. 2020; 150:w20257.
14. van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential Long-Term Care Workers Commonly Hold Second Jobs and Double or Triple Duty Caregiving Roles. *Journal of American Geriatric Society*. 2020; 1-4.
15. Ferneini EM. Financial Impact of COVID-19 in our Practice. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020; 1-2
16. Hollander JE, Car BG. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:1679-1681.
17. Al-Awadhi AM, Alsaifi K, Al-Awadhi A, Alhammadi S. Death and Contagious Infectious Diseases: Impact of COVID-19 Virus on Stock Market Returns. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*. 2020; 1-4.
18. Cappelli A, Cini E. Will the COVID-19 Pandemic Make us Reconsider the Relevance of Short Food Supply Chains and Local Productions? *Trends Food Sci Technol*. 2020; 99:566-567
19. Gupta M, Abdelmaksoud A, Jafferany M, Lotti T, Sadoughifar R, Goldust M. COVID-19 and Economy. *Dermatologic Therapy* 2020; e13329.

20. Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuovor C. Economic Impacts of Whuan 2019-n-CoV on China and the World. *Journal of Medical Virology*. 2020;92:473-475.
21. Polle DN, Escudero DJ, Gostin LO, Leblang D, Talbot EA. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crisis. 2020. 19(1):41.
22. Acikgoz O, Gunay A. The Early Impact of COVID-19 Pandemic on the Global and Turkish economy. *Turk J Med Sci*. 2020;50(3)520-526.
23. Bibbings-Domingo K. This Time Must be Different: Disparities During COVID-19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*. 2020;M20-2247 .
24. Blasco PG. Humanismo em Tempos de Crise [Internet]. 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727>
25. Shore DA. Today Leadership Lesson: Mind the Wild Life and Prepare for Tomorrow Disruption. *J Health Commun*. 2020;19:1-2.
26. Foster S. Leadership in Time of Crisis. *British Journal of Nursing*. 2020;29(7).
27. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the Power of Privilege in a Pandemic. 2020;31:158-160.
28. Tolle E. O Poder do Agora. Tradução Iva Sofia Gonçalves Lima. São Paulo: Sextante; 2000.
29. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanismo e Educação Médica em Tempos de crise. *Revista de Medicina*. 2020; 99(2):1-6.
30. Cfr: www.sobramfa.com.br.
31. Goethe JW. Teoría de la naturaleza. Madrid: Editorial Tecnos; 1997.
32. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;382:e75.