

Deise de Santana Souza

Enfermeira, Enfermeira Orientadora - Universidade Anhembi

Johanna Laís Militão Fernandes de Barros

Enfermeira, Enfermeira Orientadora - Universidade Paulista - UNIP

Renata Borges da Costa

Enfermeira, Educação Continuada, Especialização em Nefrologia e Dor

Universidade São Paulo - USP

RESUMO

A Telenfermagem corresponde a um dos campos de atuação em Telesaúde, e se dá quando o profissional de Enfermagem utiliza de Tecnologias da Informação e Comunicação para a prática remota. Frente ao contexto pandêmico pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, em sua resolução Nº 634/2020, o conselho federal de enfermagem (COFEN) normatiza e concede a autorização para teleconsulta de Enfermagem como forma de enfrentamento, bem como discorre sobre as ações. Fundamentado no exposto, o presente trabalho trata-se de um relato de experiência, com dados qualitativos e quantitativos da atuação por telenfermagem realizada por enfermeiros da central 24 horas de uma operadora de saúde em São Paulo e têm por objetivo evidenciar o papel da Enfermagem no gerenciamento de risco na pandemia da COVID19. Os resultados acerca do Número de atendimentos da central de apoio gerenciada por Enfermeiros, evidenciou um total de 12.677 acionamentos com alusão a sintomas sugestivos de infecção pelo novo coronavírus, no período de abril 2020 a março 2021. Foram levantadas como principais sintomas, respectivamente, hipertermia, tosse e cefaleia. Frente a sintomatologia, os pacientes foram orientados de forma geral, sobre sintomatologia comum de covid19, período de incubação, início de sintomas e transmissão, riscos, sinais de alerta e potenciais complicações, precauções de contato, isolamento social, observação clínica, direcionados se necessário ao atendimento hospitalar e testagem e elaborado o plano de cuidados para manejo clínico. conclui-se que a Telenfermagem se demonstrou como uma ferramenta primordial para a prevenção, manejo, desfecho clínico e alocação efetiva dos recursos de saúde na pandemia da covid19.

Palavras-chave: COVID-19; telenfermagem; telesaúde; pandemia.

INTRODUÇÃO

A Telemedicina encontra-se mencionada ao longo das literaturas, havendo relatos sobre a década de 60, tendo quanto maior incidência com o impulso da era tecnológica aos anos 90. Em revisão alude-se o início oficial da telemedicina na década de 70, em um projeto inicial idealizado no Hospital Geral de Boston no qual um médico cogita avaliar a distância de seu paciente. No Brasil, a telemedicina surge como recurso nas décadas de 1990, com a realização de eletrocardiogramas e o envio de resultados para análise via fax.¹

A Telenfermagem corresponde a um dos campos de atuação em Telessaúde, e se dá quando os profissionais de Enfermagem (Enfermeiros ou técnicos de Enfermagem), utilizam Tecnologias da Informação e Comunicação para a prática remota. Contudo a telessaúde não se restringindo apenas ao campo da telenfermagem e ou comumente conhecida a telemedicina, mas sim como, demais atividades correlacionadas. De encontro ao exercício profissional, a Telenfermagem reforça como característica definidora a comunicação, no qual, tendo como, seu intuito a propagação das orientações de cuidados pertinentes.

Visto ao ano de 2011, com a estruturação sobre a Telessaúde, obtêm a regulamentação de tais serviços através da Portaria Nº 2.546 de 27 de outubro.² Frente ao contexto pandêmico pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, ocorre o reconhecimento ao Órgão regulamentador (COFEN) sob a resolução de Nº 634/2020 de 26 de março, normatizando e concedendo a autorização para teleconsulta de Enfermagem como forma de enfrentamento, bem como discorre sobre as ações.³ Vide encontro a regulamentação da Telemedicina sob a portaria Nº 467/2020 de 20 de março, potencializando, assim canais de atendimentos como exemplos aplicativos e até mesmo, sob maior segurança as triagens e transferência destes pacientes por meio da teleconsulta de Enfermagem.

Contudo em meio a declaração da OMS, em 30 de janeiro de 2020, quanto o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, considerando o risco de complicação, óbito e ou sequelas. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus.⁴

Ao então nos depararmos em meio aos atendimentos de Telenfermagem, comumente sob maiores evidências dúvidas e até mesmo, sob suspeitas ao COVID-19, transpusemos as dificuldades e desafios ao longo dos acompanhamentos, tendo já a princípio, poucas evidências científicas quanto a sintomatologia, vias de transmissão, assim como, sob nenhum protocolo quanto às condutas a serem seguidas e em meio às divergências de tratados medicamentosos, se então apresentados. Tendo aos reflexos dúvidas em que momento deveriam ser realizados testes, quais critérios de elegibilidade quanto a abertura de seu convênio e bem como,

quão dificuldade aos exames físicos, nos quais era-nos expressado confiança dos pacientes sobre a nossa prévia avaliação durante ao atendimento e se então se fazia sua necessária avaliação presencial.

A luz do exposto, em vista da demanda populacional de acesso, a Telenfermagem, ao passo que amplia a possibilidade de comunicação emerge como uma estratégia crucial; permitindo a aquisição de conhecimento, esclarecimento, orientação dos comportamentos individuais e coletivos, a avaliação da adesão às medidas de isolamento e distanciamento social e, portanto, viabiliza a ampliação de controle dos índices de mortalidade e prognósticos desfavoráveis. Desta forma, o presente trabalho reforça a atuação da equipe de Enfermagem no gerenciamento do risco para SARS COV 2.

Levando em consideração todos os fatos acima levantados, este artigo busca responder qual a importância da Enfermagem sob a atuação remota aos pacientes suspeitas ou dúvidas ao SARS-CoV-2.

OBJETIVO

Evidenciar o papel da telenfermagem no gerenciamento de risco na pandemia da covid19.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. Para embasamento teórico e fundamentação da análise, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com artigos e de decretos de leis, publicados no período de 2011 a 2021, disponíveis na íntegra na base de dados PUBMED e SCIELO, como resultados da busca pelos descritores Covid19, telenfermagem, telemedicina e pandemia, além de traçados os principais diagnósticos de Enfermagem da NANDA de acordo com a classificação e definições 2018-2020.

Para fundamentação do relato de experiência, foram disponibilizados os dados dos prontuários eletrônicos de acompanhamento pela equipe de Enfermagem da Informar saúde teleorientação, ao que tange ao número de acionamento da central de apoio com queixa de saúde ou dúvida administrativa classificada como Coronavírus (COVID19) devido alusão a sintomas gripais, bem como as orientações prestadas em relação a clínica autorreferida, no período de abril 2020 a março 2021.

RESULTADOS

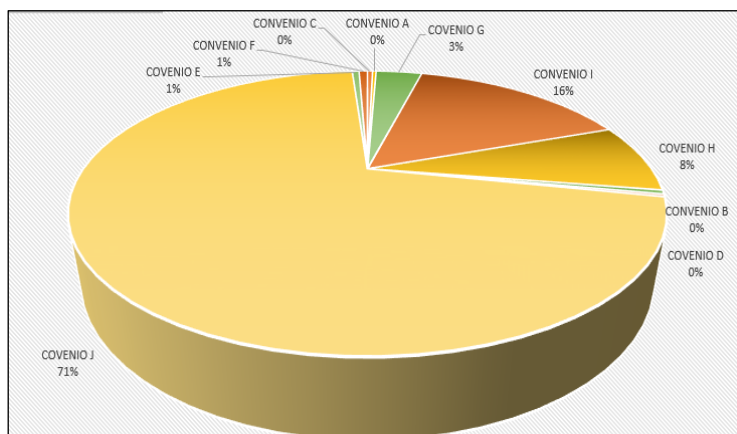
Os dados disponibilizados acerca do número de acionamentos da central de apoio gerenciada por uma Equipe de Enfermeiros 24 horas, evidenciou um total de 12.677 atendimentos com queixas ou citação de sintomas associados ao novo coronavírus no período de Abril do ano 2020 a Março 2021, sendo um total de 1077 casos (Abril), 2081 casos (Maio), 1123

casos (Junho), 809 casos (Julho), 706 casos (Agosto), 458 casos (Setembro), 498 casos (Outubro), 987 casos (Novembro), 1282 casos (Dezembro), 1342 casos (Janeiro), 843 casos (Fevereiro), 1471 casos (Março). Resultando em média 1056 casos ao mês, com maior demanda em maio de 2020 e menor demanda em setembro de 2020.



Fonte: Gráfico elaborado diretamente sobre o estudo realizado

A amostra aleatória do estudo correspondeu a um total de 708 clientes do sexo feminino, 10913 do sexo masculino, 1056 não definido ou ausente prontuário de monitoramento nos programas de saúde. Enfatiza-se dentre os clientes, os dez, dos quais somatizam maior número de acionamento, sendo Convênio A (33), Convênio B (37), Convênio C (47), Convênio D (57), Convênio E (63), Convênio F (77), Convênio G (418), Convênio H (993), Convênio I (1925) e Convênio J (8763).



Fonte: Gráfico elaborado diretamente sobre o estudo realizado

Em análise, nota-se que parte significativa dos acionamentos foram realizados por clientes do convênio J, sem acompanhamento mensal ou quinzenal com a Equipe de Enfermagem ou Multiprofissional. Em hipótese, tal discrepância reforça o diferencial da Telenfermagem em monitoramento facilitando o acesso à informação científica de forma contínua e direcionando de forma efetiva os cuidados.

Os resultados evidenciam, de forma geral, que as principais queixas citadas durante os 12.677 atendimentos, foram respectivamente, hipertermia (5532), tosse (4586), cefaleia (4546), dor muscular (2935), falta de ar ou dispneia (2352), dor de garganta (2034), fadiga (1547), anosmia (1480), diarreia (1348), ageusia (899), mal-estar (424) e inapetência (216). Corroborando com os dados levantados, em um estudo transversal acerca de prevalência de distúrbios olfativos e gustativos no contexto da infecção por SARS-CoV-2, no acompanhamento de 88 pacientes hospitalizados, que aponta como manifestações mais comuns, foram respectivamente, hipertermia (72,8%), tosse (37,3%), distúrbios olfatórios gustativos (33,9%), dispneia (25,4%), sintoma abdominais (8,5%), artralgia (5,1%) e cefaleia (3,4%).⁵

Para extração de forma mais fidedigna das condutas de Enfermagem por tele orientação e desfecho clínico, foram selecionados 63 atendimentos referentes aos acionamentos dos pacientes do Convênio E, à qual é composta majoritariamente por idosos acometidos com condições crônicas (HAS, DM, Cardiopatias, Dislipidemia, entre outras), considerados o principal grupo de risco para contaminação na pandemia da SARS-CoV-2 devido maior predisposição a complicações e sequelas. Dos 63 acionamentos, foram excluídos 3 após leitura dos dados, cujos relatos apresentaram se divergentes sobre covid19, devido sintomas decorrentes de outra condição aguda (ITU) ou descompensações (mal-estar devido hipotensão) e em casos de retornos do mesmo paciente.

A amostra final foi composta por 60 acionamentos, sendo 47 realizados por paciente do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade entre 42 a 91 anos, com maiores números de atendimentos a clientes de 71 e 79 anos, nos meses de março (8) e dezembro (13) de 2020. Destes, foram realizados somente 20 testes para confirmação da suspeita de Covid19, sendo 14 resultados positivos e 6 resultados negativos.

As manifestações clínicas de COVID-19 são no geral inespecíficas e se demonstram similares a diversas patologias virais. Após um período de incubação médio, de 4 a 14 dias, a maioria dos indivíduos desenvolvem sintomas clínicos e podem evoluir com quadros leves, moderados ou graves. Isto posto, ao que tange às dúvidas gerais apresentadas, os pacientes foram orientados sobre sintomatologia comum do covid19 (febre, tosse e fadiga⁶), sinais de alerta (hipertermia, tosse, dispneia, diarreia, náusea, êmese, manchas vermelhas), período de incubação, início de sintomas e transmissão; bem como riscos e potenciais complicações de covid19.

Em uma revisão sistemática e metanálise, os resultados evidenciaram que a transmissão de vírus foi menor com distanciamento físico

de 1 m ou mais, em comparação com uma distância de menos de 1 m e a proteção foi aumentada conforme a distância foi alongada. O uso de máscara facial pode resultar em uma grande redução no risco de infecção, com associações mais fortes com N95 ou respiradores semelhantes em comparação com máscaras cirúrgicas descartáveis ou semelhantes (por exemplo, máscaras de algodão de 12-16 camadas reutilizáveis). A proteção para os olhos em ambiente público também foi associada a menos infecção.⁷

Desta forma, os cuidados de Enfermagem, abrange para além das precauções de contato, como uso de máscara, o distanciamento social, terceirizando atividades essenciais (farmácias, mercado) quando possível; manter higiene frequente das mãos e uso de álcool gel, higiene de objetos e superfícies, filtrar informações sobre covid19, buscando fontes confiáveis e manejo de estresse.

Constatou-se que além da queixa principal de sintomatologia sugestiva de COVID19, as principais dúvidas emergiram de indivíduos com contato recente com caso suspeito ou confirmado para SARS-COV-2, aguardando resultado de teste RT PCR, teste rápido ou sorologia para confirmação de suspeita, após tratamento ou na presença de descompensações pós covid19 confirmado.

Para além da apresentação clínica, a avaliação laboratorial, características radiológicas e histórico de exposição (viagem, contato com caso positivo) devem levantar a suspeita de infecção por COVID-19. O diagnóstico definitivo deve ser feito com testes microbiológicos pela confirmação da presença de ARN da SARS-CoV-2 em amostras clínicas e sugere-se a TC de tórax de alta resolução (TCAR) e radiografia de tórax para avaliar a deterioração clínica. Vale salientar que alguns fatores podem influenciar na positividade do teste microbiológicos, como o tipo e a qualidade da amostra (a nasofaringe tem melhor sensibilidade do que a orofaríngea), o estágio e a gravidade da doença (nos estágios iniciais, as concentrações virais são maiores na orofaringe) e cerca 50% dos pacientes podem ter uma radiografia de tórax normal (RxT) principalmente nos estágios iniciais da doença.⁸

Aos casos suspeitos, na ausência de testagem para SARS COV2, foram direcionados a optar por teleconsulta para obter uma avaliação e solicitação do pedido para coleta de exame, sobre a liberação de coleta de acordo com ANS; ou contato médico de acompanhamento ou da equipe de emergência antes deslocar-se ao pronto atendimento.

O direcionamento baseia-se no conhecimento prévio, de que apesar que indivíduos assintomáticos podem testar positivo para COVID-19 (30%), a maioria dos indivíduos apresentará doença leve a moderada (55%), cerca de 30% dos pacientes podem desenvolver dispneia (falta de ar) por volta do 5º dia após o início da doença, sendo a deterioração na segunda semana da doença típica de apresentações mais grave da doença.⁹

Portanto além de reforçados medidas de segurança para coronavírus de acordo com Ministério da saúde (MS) após contato com caso confirmado, as recomendações de enfermagem incluíram: observar evolução

da sintomatologia sugestiva e nos casos de classificação leve, retornar contato em equipe na presença de novos sinais e sintomas; e somente em caso de sinais de alerta (dispneia, hipertermia) deslocar-se ao pronto socorro.

Acerca dos acionamentos para aconselhamentos em testados positivos, destacou-se as instruções gerais sobre uso de máscara no ambiente domiciliar no período de isolamento de 14 dias, encontrando-se cobertos boca e nariz sempre que tossir ou espirrar, separação de cômodos e objetos de uso pessoal (utensílios domésticos e de higiene pessoal) e atenção a busca por atendimento médico presencial em caso de descompensações, se necessário, com direcionamento da equipe médica 24 horas.

Conforme o manejo clínico proposto pelo Ministério da saúde (2020) os casos suspeitos ou confirmados para 2019-nCoV que não necessitem de hospitalização e o serviço de saúde opte pelo isolamento domiciliar, serão se necessários solicitados exames bioquímicos ou radiografia de tórax antes, a depender da avaliação clínica do paciente. Estes pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão e sinais de alerta para possíveis complicações e um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata dos pacientes.¹⁰

A fundamentação dos cuidados de Enfermagem, emerge a partir do levantamento dos achados anormais por meio da anamnese e exame físico. Os problemas elencados à luz dos diagnósticos de Enfermagem de acordo com a classificação da NANDA, conduzem as intervenções de Enfermagem (NIC) para atender as necessidades e respostas de um indivíduo ao COVID-19.

Isto posto, de acordo com a classificação da NANDA 2018-2020 foram levantados os diagnósticos de risco de contaminação, risco de infecção, saúde deficiente da comunidade, isolamento social, risco de solidão, controle ineficaz da saúde, proteção ineficaz, risco de glicemia instável, risco de pressão arterial instável, padrão respiratório ineficaz, ventilação espontânea prejudicada, troca de gases prejudicada, hipertermia, termorregulação ineficaz, dor aguda e risco de tromboembolismo venoso.¹¹

Hodiernamente nenhum tratamento pode atuar especificamente contra a infecção por SARS-CoV-2. Com base nas características da patologia e nas diferentes fases clínicas do COVID-19, particularmente em pacientes com COVID-19 moderado a grave, as classes de drogas usadas são agentes antivirais, inibidores da inflamação / drogas anti-reumáticas, heparinas de baixo peso molecular, plasma e imunoglobulinas hiperimunes¹², salvo o tratamento farmacológico, as demais condutas são voltadas a observação da evolução clínica, o manejo da sintomatologia referida e controle do risco de descompensações.

De forma objetiva, estratificando a sintomatologia, os cuidados para queixas relacionadas a vias aéreas superiores (desconforto respiratório, coriza, tosse e/ou dor de garganta), abrangeram hidratação e gargarejo com

água morna e sal; o referencial para Saturação de O₂, formas de umidificar o ambiente, lavagem das narinas com SF 0,9% e ou inalação com SF 0,9%, de acordo com a periodicidade necessária identificado pelo relato; suspender uso de produtos químicos inalantes; observar presença de dispneia em repouso, em caso de nova alteração ou piora retornar contato emergencial.

Sobre quadros de febrícula e hipertermia, as medidas envolveram monitoramento da temperatura corporal, sendo dispostos valores de referência e diferenciais de acordo com faixa etária, bem como a hidratação abundante para regulação de temperatura corporal, além de atenção a temperatura do banho, uso de roupas leves, ambiente arejado, evitar consumo de líquidos quentes (sopas, chás), uso de medicamento habitual e observação, caso febre persistente a conduta farmacológica ou recorrente pelas próximas 24 horas procurar o pronto socorro (PS); para quadro de hipotermia, banho quente, uso de agasalhos e ingestão de líquido quente.

Aos casos de inapetência, ageusia ou diarreia, foram recomendados respectivamente, alimentação leve, com preferência por alimentos in natura, como frutas, e cuidados com a forma de preparo (sopas, purês, caldos, legumes e verduras cozidos); consumo alimentos ricos em vitamina c e zinco; reposição volêmica (água, sucos naturais) e hidroeletrólítica (soro caseiro, água de coco), bem como evitar alimentos laxativos e irritantes do trato gastrointestinal (laticínios e derivados alimentos gordurosos).

Em vista de autorrelato de fadiga, fraqueza, mal-estar e cefaleia, orientado repouso, controle do ambiente (luminosidade e ruído), banhos quentes para controle algico e tendo em vista a população, reforçado sobre o risco de queda devido fraqueza, idade e se presença de patologias neurodegenerativas ou desordens de equilíbrio. Não obstante, acerca da conduta farmacológica, estimulado a forma correta do uso de fármacos, riscos de automedicação e somente conduta com indicação médica, uso racional de analgésicos, antitérmicos e de fitoterápicos e direcionamento médico para cem em casos de novas orientações sobre conduta farmacológica e identificado possível necessidade de passagem ao PS.

Em situação de acompanhamento após covid19 positivo confirmado, reforçado sobre possível sintomatologia após tratamento de covid-19, tempo de espera para imunização após resultado positivo para covid19, sintomatologia de Trombose venosa profunda (complicação), monitoramento das taxas de patologias crônicas (Hipertensão arterial, Diabetes mellitus etc.) e direcionamento para central de emergências médicas (CEM), especialista ou acompanhamento ambulatorial.

Similarmente às síndromes virais pós-agudas descritas em sobreviventes de outras epidemias de coronavírus virulentos, há relatos crescentes de efeitos persistentes e prolongados após COVID-19 agudo. O COVID-19 pós-agudo tem se evidenciado como uma síndrome caracterizada por sintomas persistentes e/ ou complicações tardias ou de longo prazo além de 4 semanas do início dos sintomas, sendo identificadas sequelas pulmonares, hematológicas, cardiovasculares, neuropsiquiátricas, renais,

endócrinas, gastrointestinais, hepatobiliares e dermatológicas¹³, reforçando o direcionamento a longo prazo disposto pela equipe de enfermeiros.

Em relação ao desfecho, 12 pacientes foram direcionados para passagem ao PS mediante a clínica referida e 33 pacientes foram orientados a manter o isolamento e/ou a observação da evolução dos sintomas, sem demais agravos e intercorrências. Um estudo retrospectivo que comparou as tendências nas visitas ao pronto-socorro de 1 de janeiro a 25 de maio de 2020 (durante a pandemia) com a média durante 2015–2019 (antes da pandemia), evidenciou uma mudança no número de visitas ao pronto-socorro durante a pandemia COVID-19 com aquelas anteriores à pandemia, com a aplicação de intervenções não farmacêuticas, demonstrou que as intervenções não farmacêuticas auxiliaram a reforçar o distanciamento social e isolamento de sintomáticos, e se demonstraram primordiais por ter reduzido o número de pacientes não urgentes que normalmente não requerem uma visita ao pronto-socorro.¹⁴

O Monitoramento em tempo real e domiciliar de sinais fisiológicos por meio de dispositivos de telemedicina pode oferecer insights sobre o estado de saúde do paciente para solicitar tratamento médico e prevenir degradação repentina, reduzindo assim a taxa de mortalidade geral; além do que a redução do número de visitas inadequadas ao pronto-socorro libera mais tempo para as tarefas adicionais necessárias para gerenciar casos COVID-19 e reduz a disseminação haja vista que as visitas ao hospital devem ser evitadas devido ao risco de contrair a infecção após a visita.¹

Frente a magnitude do cenário pandêmico, na ausência de tratamento específicos e vacinação em massa, para responder de forma mais ágil e eficaz a exponencial demanda dos contatos e gerenciar o acompanhamento e tratamento clínico e manter um atendimento de alta qualidade fora criado no sistema de prontuários eletrônicos, um fluxo denominado árvore decisória. A árvore decisória era preenchida em todos os contatos de acordo com a clínica relatada pelo cliente, sendo selecionados como patologia “coronavírus” e/ ou os sintomas gripais levantados durante o contato, a checagem do sintoma intermediava a condução dos cuidados e orientações e ainda, direcionava o desfecho clínico em atendimento inicial ou emergencial pelo médico de plantão da central de emergência e/ou se necessário encaminhamento hospitalar e realização do teste RT PCR.

Tal instrumento se apresenta de acordo aos princípios básicos de protocolos bem estabelecidos para OMS para resposta à pandemias anteriores como de influenza, que incluem planejamento e coordenação, monitoramento e avaliação da situação, redução da propagação de doenças, continuidade das provisões de saúde e comunicações¹⁶, sendo estratégias similares ao estabelecido criadas em diversos países.

Podemos ressaltar o modelo utilizado na Universidade da Califórnia, San Diego Health (UCSDH), um grande sistema de saúde acadêmico regional que abrange 2 hospitais de cuidados agudos, atendimento médico e cirúrgico ambulatorial primário e especializado e atendimento de emergência ao paciente, configura o EHR, uma ferramenta

para permitir a implantação rápida de processos padronizados para dar suporte ao gerenciamento de epidemias, incluindo triagem com script, check-in eletrônico, pedido e documentação padrão, mensagens seguras, análise de dados em tempo real e recursos de telemedicina, e de forma geral, facultavam a orientar os pacientes quanto aos requisitos de isolamento domiciliar, locais apropriados para a realização do teste COVID-19 e quando visitar o pronto-socorro, limitando a exposição e aliviando a carga nos locais de saúde físicos e oferecendo orientação apropriada para cuidados clínicos subsequentes.¹⁷

Outro exemplo interessante é o adotados em Cingapura, um dos primeiros países afetados pelo COVID-19, fora da China, o Hospital Geral público de Changi, adotou a padronização dos fluxos de trabalhos com a ferramenta identificar-isolar-informar (3I), originalmente concebida para a detecção inicial e gestão do vírus Ebola, os estudos acerca da estratégia durante uma emergência de saúde pública, se mostraram útil para agilizar o atendimento ao paciente seguro e de boa qualidade, além de melhorar a avaliação, o tratamento e o manejo de pacientes com COVID-19 suspeitos e confirmados.¹⁸

CONCLUSÃO

A atenção primária de saúde, possui relações diretas com o fluxo de atendimento nos setores secundários e terciários. No cenário pandêmico do novo coronavírus, a alta demanda de atendimentos hospitalares, refletiu no esgotamento de recursos materiais e humanos, diminuindo o acesso essencial ao tratamento e reabilitação em casos moderados e graves da infecção pelo SARS COV2. Em virtude da medida essencial de distanciamento social no controle e manejo de casos suspeitos e para a continuidade dos cuidados em saúde de forma geral, a telessaúde em princípio apresentou desafio principal, quase nulas a presença de protocolos como medida estratégica em seu manejo. Diante desta conjuntura, o presente trabalho surge da necessidade de evidenciar o trabalho de caráter imprescindível realizado pelos Enfermeiros por meio da Tele enfermagem.

Com base nos resultados da pesquisa, podemos reforçar a relevância da Telenfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID19, por meio de seus diagnósticos e cuidados, contribuindo para a prevenção, manejo de sintomas e reabilitação. O gerenciamento clínico adequado da clínica, sem dúvidas, favoreceu uma melhor alocação dos recursos em saúde, conforme exposto pelos dados numéricos acerca da diminuição da passagem ao Pronto Atendimento, da exposição de pacientes e conseqüentemente, contaminação, disseminação e hospitalização.

As atualizações constantes com pesquisas sobre o novo coronavírus e linhas de tratamentos, em um período transposto por fake news e tensões políticas, sociais e econômicas, exigiu de todos os profissionais estudos contínuos e educação continuada para que as informações fossem disponibilizadas aos pacientes com responsabilidade e rigor científico. Em

consequência e como resposta prática, houve a criação de uma ferramenta eletrônica, a árvore decisória, favorecendo a condução com segurança e qualidade do trabalho extensivo da equipe 24 horas. A reconfiguração dos modelos de manejo citada brevemente nesta pesquisa, pode estimular outros processos e planejamentos em cenários críticos para outras equipes.

REFERÊNCIAS

1. Kieling DL, et al. **The importance of telemedicine in the COVID-19 pandemic context**. FAG JOURNAL OF HEALTH. 2021 v.3, nº 1. Disponível: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/302>. Acesso: 2 mar. 2021.
2. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 2.546, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011** - Ministério da Saúde. Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso: 9 mar. 2021.
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN Nº 634, de 26 de março de 2020**. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso: 5 mar. 2021.
4. Organização Pan-Americana da saúde (PAHO). **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. 2021. Disponível: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso: 25 mar. 2021.
5. Giacomelli A, et al. **Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study**. *Clin Infect Dis*. 2020 jul 28;71(15):889-890. Disponível: doi: 10.1093/cid/ciaa330. PMID: 32215618; PMCID: PMC7184514. Acesso: 15 set. 2021.
6. Grant MC, et al. **The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries**. *PLoS one* vol. 15,6 e0234765. 23 jun. 2020. Disponível: doi:10.1371/journal.pone.0234765. Acesso: 14 set 2021.
7. Chu DK, et al. **COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis**. *Lancet*. 2020 jun 27;395(10242):1973-1987. Disponível: doi:10.1016/S0140-6736(20)31142-9. Acesso: 14 set 2021.

8, 9. Salian VS, et al. **COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies**. Mol Pharm. 2021 mar 1;18(3):754-771. Disponível: doi:10.1021/acs.molpharmaceut.0c00608. Acesso: 13 set 2021.

10. Ministério da saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. pág 13. 2020.

Disponível:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso: 5 mar. 2021.

11. Nanda. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Arquivo pessoal. Acesso: 5 mar. 2021.

12. Stasi C, Fallani S, Voller F, Silvestri C. **Treatment for COVID-19: An overview**. Eur J Pharmacol. 2020 Dec 15;889:173644. Disponível: doi:10.1016/j.ejphar.2020.173644. Acesso: 13 Set 2021.

13. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS. **Post-acute COVID-19 syndrome**. Nat Med 27, 601–615 (2021). Disponível: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>. Acesso: 16 Set 2021.

14, 15. Sekine I, Uojima H, Koyama H, Kamio T, Sato M, Yamamoto T, Fukaguchi K, Fukui H, Yamagami H. **Impact of non-pharmaceutical interventions for the COVID-19 pandemic on emergency department patient trends in Japan: a retrospective analysis**. Acute Med Surg. 2020 Nov 28;7(1):e603. Disponível: doi: 10.1002/ams2.603. PMID: 33282316; PMCID: PMC7700095. Acesso: 18 set. 2021.

16. **Organização Mundial da Saúde**. Preparação e resposta à pandemia de influenza: um documento de orientação da OMS. 2009.

Disponível:https://www.paho.org/bra/dmdocuments/07_OPAS_Brasil_Guia_de_preparacao_e_resposta_Pandemia_Influenza_fases_5-6.pdf. Acesso: 18 set. 2021.

17. Reeves JJ, Hollandsworth HM, Torriani FJ, Taplitz R, Abeles S, Tai-Seale M, Millen M, Clay BJ, Longhurst CA. **Rapid response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in an academic health system**. J Am Med Inform Assoc. 2020 Jun 1;27(6):853-859. Disponível: doi: 10.1093/jamia/ocaa037. PMID: 32208481; PMCID: PMC7184393. Acesso: 18 set. 2021.

18. Anaikatti P, Sheth SK, Canlas AM, Shanbhag NV, Goh ML, Lim HC. **Electronic medical record platform enhancements during COVID-19 to support identify-isolate-inform strategy for initial detection and**

management of patients. Emerg Med Australas. 2021 Feb;33(1):164-167.
Disponível: doi: 10.111

19. Vieira, Josiane dos Santos. **Práticas em saúde por meio da telenfermagem: revisão Integrativa da literatura.** 2020.
Disponível: <http://200.150.122.211:8080/jspui/handle/23102004/172>. Acesso: 2 Mar. 2021.