
Teleassistência como ferramenta de monitoramento de pacientes obstétricas e colaboradores com suspeita ou confirmação da COVID-19

AUTORES

Caroline Ramos de Oliveira, gerente de Qualidade do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Gisele Cristina Ganzella Salgado, gerente de Hotelaria do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Paola Marini Valério, fisioterapeuta do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Vivian Isabel Ferreira Lário Barrionovo, enfermeira responsável pela educação permanente do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Caio Antonio de Campos Prado, Diretor de atenção à saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi, diretora de Atenção à Saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Lígia Aparecida dos Santos Oushiro, enfermeira responsável pelo gerenciamento de risco do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Lécio Rodrigues Ferreira, médico infectologista do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Ana Paula Pereira, gerente de enfermagem do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Ivan Daniel Terra, diretor administrativo do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER.

Elaine Christine Dantas Moisés, diretora geral do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER e docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão da Universidade de São Paulo.

RESUMO

Introdução: A atual situação epidemiológica de pandemia da COVID-19 determinou a necessidade de reorganização do sistema de saúde. Neste contexto, a teleassistência apresenta-se como uma ferramenta que busca como principal benefício a integralidade do cuidado, contribuindo na detecção precoce de doenças e agravos relacionados à COVID-19 e, conseqüentemente, intervenção oportuna visando a redução da morbimortalidade. **Objetivo:** Descrever o modelo de implementação da teleassistência no atendimento e monitoramento de pacientes e colaboradores com suspeita ou confirmação da COVID-19 em um hospital de complexidade secundária e especializado em saúde da mulher. **Resultados:** Entre 22 abril de 2020 até 30 de junho de 2021 foram realizados 1305 teleatendimentos, sendo 536 de gestantes, 147 de puérperas e 622 de colaboradores, com um total de 741 exames coletados. O número total de pacientes atendidos foi 650 (média de dois teleatendimentos/pessoa). A implementação da teleassistência neste serviço contribuiu com a proteção das colaboradoras gestantes, interação entre as unidades de saúde de diferentes níveis assistenciais, como também reduziu a demora pelas pacientes e colaboradores na busca por atendimento em saúde em caso de piora clínica. Além disso, a possibilidade de acompanhamento dos colaboradores aumentou o vínculo dos mesmos com sua instituição de trabalho e permitiu reduzir os tempos de afastamento por condições de saúde, minimizando os impactos da pandemia sob o absenteísmo. Por outro lado, foram identificadas dificuldades de contato com algumas das gestantes e puérperas, demandando acionamento de outras redes assistenciais para garantir o monitoramento adequado. **Considerações finais:** O uso dos recursos de teleatendimento para monitoramento de gestantes, puérperas e colaboradores mostrou-se ferramenta essencial para enfrentamento da situação epidemiológica de pandemia pela COVID-19 na unidade hospitalar. Sua adoção permitiu o uso mais racional dos recursos de saúde em períodos críticos da pandemia, com maior sensação de segurança por parte das usuárias com infecção confirmada.

Palavras-chave: gestão em saúde; teleassistência; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O *Severe Acute Respiratory Syndrome - Related Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), agente etiológico identificado em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China, é responsável pela doença infectocontagiosa, transmitida pelo contato de mucosas com gotículas contaminadas, denominada de *Coronavirus Disease-2019* (COVID-19), que teve uma rápida disseminação mundial^(1,2). Com a rápida progressão da doença, em março de 2020, o diretor-geral da Organização Mundial de Saúde, Tedros Adhanom Ghebreyesus declarou estado de pandemia por COVID-19⁽³⁾.

Neste contexto, em complementação a outras medidas sanitárias adotadas pelo Brasil para enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020⁽⁴⁾, o Ministério da Saúde, por meio da portaria n.º 467 publicada em 20 de março de 2020⁽⁵⁾, assim como a lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020, sancionada pelo Governo Federal⁽⁶⁾, buscou operacionalizar e regulamentar temporariamente as práticas de telemedicina. Dentre os diferentes aspectos abordados que envolvem as ações de teleatendimento à distância, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como na saúde suplementar, as normativas destacam que essa atividade deve ser executada por tecnologia da informação e comunicação que garanta a integridade, segurança e o sigilo das

informações. Deverão ser registradas em prontuário clínico do paciente e podem contemplar ações como: atendimento pré-clínico; suporte assistencial; consulta; monitoramento e diagnóstico⁽⁵⁾. No mesmo sentido, durante o período pandêmico, o teleatendimento também foi normatizado pelo Conselho Federal de Medicina, através do Ofício CFM n.º 1756/2020-Cojur⁽⁷⁾, e pelo Conselho Federal de Enfermagem, sob Resolução n.º 634/2020⁽⁸⁾. Dentre as diversas aplicabilidades do teleatendimento, pode-se elencar o monitoramento de indivíduos pertencentes a grupos de risco para complicações e agravamentos decorrentes da COVID-19. No âmbito da saúde da mulher, com a disseminação da doença, a ciência evoluiu para melhor descrever e compreender a sua fisiopatologia e, embora inicialmente se tenha acreditado que o quadro em mulheres grávidas ou puérperas não era mais grave que em outros grupos⁽⁹⁾, com o conhecimento de que as modificações fisiológicas da gestação tornam as gestantes mais susceptíveis às complicações decorrentes de pneumonias causadas por outros agentes virais, como ocorrido há alguns anos com outros vírus respiratórios⁽¹⁰⁾, e também com o registro de aumento crescente de mortes maternas nos primeiros meses da pandemia em território brasileiro⁽¹¹⁾, considerou-se prudente a proteção das mulheres durante o período gravídico-puerperal, classificando-as como pertencentes ao grupo de risco.

Além das gestantes e puérperas, segundo o Ministério da Saúde, também foram considerados grupos de risco indivíduos portadores de outras condições que poderiam agravar os sintomas da doença⁽¹²⁾: adultos com idade maior ou igual a 60 anos, indivíduos que apresentem: pneumopatias, doenças cardiovasculares, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos, imunossupressão, obesidade, entre outros.

Nesta condição, enquadraram-se também os profissionais de serviços de saúde portadores de doenças crônicas que deveriam permanecer em atividade e, por isso, estariam expostos ao vírus. Considerando a Lei Orgânica do SUS n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que garante a promoção e proteção da saúde dos profissionais submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, bem como a recuperação, reabilitação e assistência às vítimas de acidentes doenças e agravos relacionados ao trabalho⁽¹³⁾, as instituições prestadoras de serviços essenciais buscaram medidas alternativas, como a realocação do trabalhador de risco para setor salubre ou, quando possível, a realização de teletrabalho. Essas medidas complementarizam as ações de treinamentos e atualizações constantes sobre prevenção, higiene, cuidados no ambiente de trabalho e domiciliar, bem como a triagem de sintomas para todos os colaboradores antes do início da jornada de trabalho.

Considerando a necessidade de proteção de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e de profissionais de saúde classificados como grupo de risco para a COVID-19, a teleassistência apresentou-se como uma possível e promissora estratégia de segurança e qualidade assistencial, visto que permitiria que os colaboradores realizassem o teletrabalho mantendo isolamento domiciliar e distanciamento social, ao mesmo tempo em que contribuiria com o acompanhamento de gestantes e puérperas sintomáticas, assistidas em uma maternidade de risco médio e habitual, garantindo um monitoramento seguro e de qualidade.

JUSTIFICATIVA

Este artigo visa apresentar um modelo de gestão em teleassistência, como ferramenta e de integralidade do cuidado, buscando detecção precoce de doenças e agravos relacionados à COVID-19 e, conseqüentemente, intervenção oportuna visando a redução da morbimortalidade.

OBJETIVO

Descrever o modelo de implementação da teleassistência no atendimento e monitoramento de pacientes e colaboradores com suspeita ou confirmação da COVID-19 em um hospital de complexidade secundária e especializado em saúde da mulher.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de implementação de estratégia de cuidado em hospital de complexidade secundária.

Caracterização da instituição

O Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER (CRSMRP-MATER), fundado em 8 de março de 1998, está inserido no sistema de saúde abrangendo 26 municípios da região de Ribeirão Preto que integram o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 1.400.000 habitantes. Tornou-se referência na atenção à mulher e neonato através dos seus processos de trabalho, humanização da assistência, medicina baseada em evidências e modelos multiprofissionais de assistência nas áreas de ginecologia, obstetrícia, neonatologia, uroginecologia, mastologia, em consultas ambulatoriais e de pronto atendimento, procedimentos cirúrgicos, internação, assistência ao parto de gestação de risco habitual e médio, internação ginecológica e obstétrica em caráter de urgência ou emergência e exames especializados como ultrassonografia, urodinâmica, mamografia e cardiotocografia.

Sua estrutura possui 51 leitos divididos em: 32 leitos de alojamento conjunto, 06 leitos de clínica cirúrgica, 02 leitos de clínica médica, 06 leitos de pré-parto e 05 leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCo). Atende uma média mensal de 240 partos, 140 cirurgias eletivas, 810 consultas de pronto atendimento e 3.960 atendimentos ambulatoriais. A instituição possibilita campo de estágio para formação acadêmica de médicos residentes em diversas especialidades, nos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e de enfermagem da Universidade de São Paulo, além de pesquisas na área materno-infantil.

O CRSMRP-MATER foi considerado pela Secretaria do Estado da Saúde (SES-SP) como hospital preferencialmente não referência para casos confirmados da COVID-19. Porém, considerando a imprevisibilidade dos eventos gestacionais e da transmissão do vírus na população atendida, durante o período pandêmico fez-se necessária a organização interna para o acolhimento e atendimento de seus pacientes e colaboradores. O objetivo da reestruturação visou garantir a segurança dos atendimentos para toda a população assistida e de seus colaboradores, além de propiciar celeridade na coleta e disponibilização de resultados de exames para diagnóstico da infecção.

Em março de 2020, o pronto atendimento do CRSMRP-MATER passou por adaptações em sua infraestrutura, a fim de promover o isolamento das áreas, separando-as em pronto atendimento vermelho (presença de sintomas de síndrome gripal) e amarelo (assintomático em relação à síndrome gripal). Tal divisão possibilitou um atendimento seguro aos pacientes e colaboradores, visto que

permitiu a estratificação dos casos suspeitos e não suspeitos, proporcionando cuidado individualizado e adequado à necessidade de cada paciente e colaborador.

Implementação do serviço de teleassistência

Após adequação das áreas vermelha (sintomático) e amarela (assintomático), fez-se necessária a alocação de profissionais para compor a força de trabalho em apoio ao Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) na realização da teleassistência.

Foram incluídos para teleatendimento todos os pacientes e colaboradores que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, todos os casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19 atendidos em área vermelha.

Para sistematizar os teleatendimentos, foram criadas três agendas no sistema de informação hospitalar (SIH): monitoramento de colaboradores COVID-19, monitoramento de gestantes COVID-19 e monitoramento de puérperas COVID-19. Todos os pacientes e colaboradores que passaram por atendimento em área vermelha e necessitavam de seguimento via teleassistência, foram agendados no ato do atendimento presencial após consentimento informado.

Acompanhamento e monitoramento de pacientes e colaboradores

Foram criados protocolos de telessaúde para nortear as equipes na rotina de atendimentos:

- Monitoramento de colaboradores: triagem de colaboradores, atendimento inicial presencial, coleta de exame de reação de transcriptase reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) ou agendamento de coleta em momento oportuno, agendamento de teleassistência para informar resultado de RT-PCR ou reavaliação de sintomas e, se RT-PCR positivo, reavaliação no dia 10 de evolução (D10), podendo se estender até D14.
- Monitoramento de gestantes e puérperas: atendimento inicial presencial, coleta de RT-PCR ou agendamento de coleta em momento oportuno, agendamento de teleassistência para informar resultado de RT-PCR ou reavaliação de sintomas e, se RT-PCR positivo, reavaliação a cada dois dias até D14. Todos os teleatendimentos foram registrados no prontuário eletrônico do paciente (PEP).

Aspectos éticos

Este estudo teve anuência da referida instituição, não tratando nenhum dado sensível de pacientes ou colaboradores, bem como sem qualquer possibilidade de identificação das pessoas atendidas, sendo trabalhados apenas dados de produção assistencial.

Todos os dados foram extraídos dos relatórios gerenciais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) disponíveis na plataforma Censo COVID, em concordância com a Resolução SS-(SP)111 de 23 de julho de 2020⁽¹⁴⁾, que trata da obrigatoriedade de envio de dados diários por todos os hospitais públicos e privados do Estado de São Paulo referente aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19.

No atendimento inicial presencial, todos os pacientes e colaboradores foram informados sobre o telemonitoramento, seus benefícios, a segurança e consentiram em serem monitorados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço de teleatendimento a gestantes, puérperas e colaboradores teve início em 22 de abril de 2020 e permanece ativo até o momento, com boa aceitação pelas usuárias e colaboradores. Considerando a lacuna legislativa específica no início da pandemia, a FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP), preocupada com a repercussão da COVID-19 para a saúde da gestante e do concepto, em concordância com a Lei 13.287 de 11 de maio de 2016⁽¹⁵⁾, que proíbe o trabalho da gestante ou lactante em atividades, operações ou locais insalubres, recomendou o teletrabalho a este grupo na Resolução FAEPA n.º 12 de 27 de março de 2020⁽¹⁶⁾.

Desde 22 de abril de 2020 até o momento desta publicação, a instituição apresentou em seu corpo clínico quatro enfermeiras e quatro médicas gestantes que, em escala de revezamento, participaram do teleatendimento a pacientes e colaboradores com suspeita ou confirmação da COVID-19 em colaboração com o SCIH.

Para a estruturação deste trabalho, o Comitê de Gerenciamento de Crises do CRSMRP-MATER elaborou protocolo de teleatendimento e fluxos de trabalho baseados na portaria conjunta Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP) e FAEPA n.º 68 de 27 de março de 2020⁽¹⁷⁾ (Figuras 1 e 2).

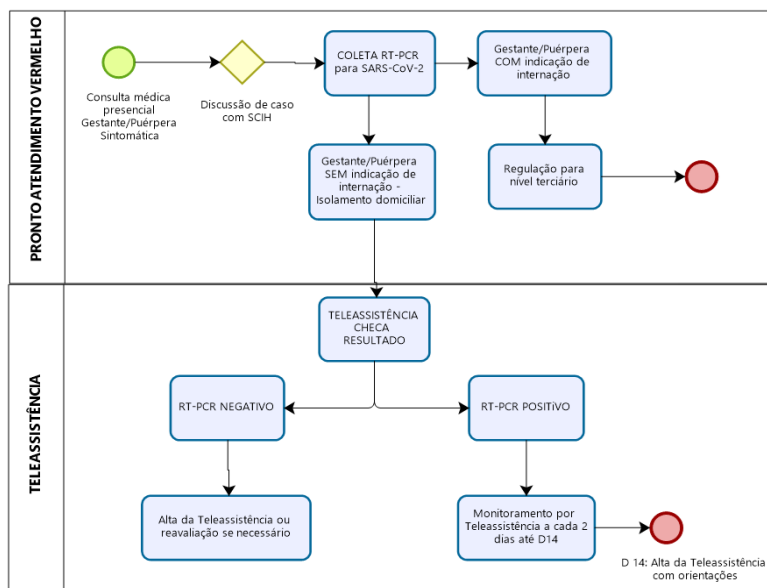


Figura 1. Fluxo de teleatendimento de gestantes e puérperas suspeitas ou confirmadas para COVID-19.

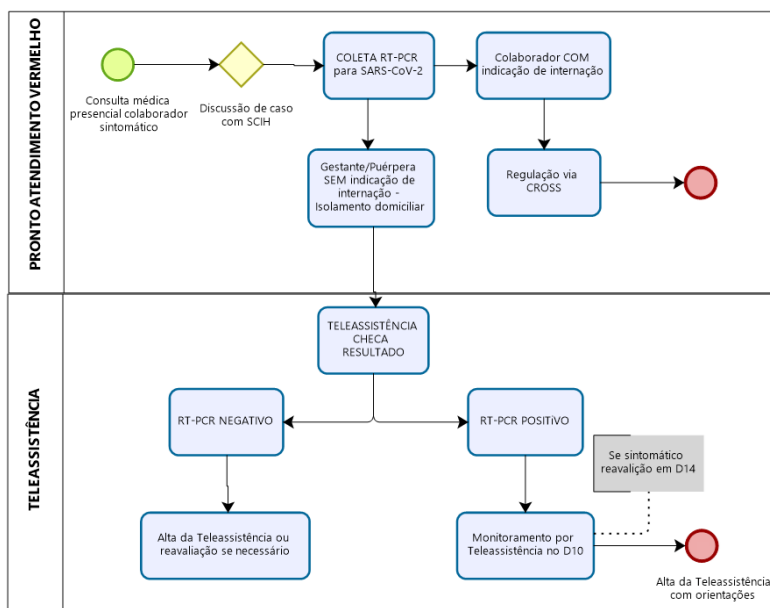


Figura 2. Fluxo de teleatendimento de colaboradores suspeitos ou confirmados para COVID-19.

Neste período, foram realizados 1305 teleatendimentos, sendo 536 de gestantes, 147 de puérperas e 622 de colaboradores, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos teleatendimentos realizados pelo CRSMRP-MATER. Ribeirão Preto-SP. 22 de abril de 2020 – 30 de junho de 2021.

DADOS INSTITUCIONAIS		
QUANTIDADE DE TELEATENDIMENTOS POR ANO	N= 1305	%
2020	768	58,8%
2021	537	41,2%
QUANTIDADE DE TELEATENDIMENTOS POR CATEGORIA	N=1305	%
Colaboradores	622	47,66%
Gestantes	536	41,07%
Puérperas	147	11,26%
QUANTIDADE DE PACIENTES POR CATEGORIA	N=650	%
Colaboradores	352	54,15%
Gestantes	251	38,61%
Puérperas	47	7,23%
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	n=741	%
RT-PCR positivo	149	20,1%
RT-PCR negativo	592	79,9%

A quantidade total de teleatendimentos (N=1305) difere do número total de pacientes atendidos (N=650) porque o seguimento foi feito conforme o protocolo exemplificado nos fluxos das Figuras 1 e 2. Portanto, gestantes, puérperas e colaboradores poderiam passar por teleatendimento mais de uma vez (média de dois teleatendimentos por paciente). Por sua vez, também difere do total de exames coletados (n=741), pois, no decorrer do período, houve situações em que pacientes e colaboradores coletaram novos exames ou passaram novamente por atendimento em momentos distintos. É relevante ressaltar que os aspectos éticos e legais foram seguidos em todos os registros realizados.

Considerando as características inerentes ao teleatendimento, quando alguma paciente ou colaborador(a) demonstrava piora de queixas de sintomatologia relacionada à COVID-19, era realizada a imediata orientação de procurar atendimento presencial em local com recursos adequados à demanda de saúde. Assim, colaboradores eram direcionados a atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de seu plano privado de saúde e as gestantes ou puérperas, orientadas a procurar atendimento no Centro Obstétrico do HCFMRP-USP, referência terciária para casos obstétricos da COVID-19, conforme pactuação prévia entre os serviços e a rede de saúde regional.

Com base nos dados, pode-se afirmar que o teleatendimento desenvolvido pelo CRSMRP-MATER vem contribuindo para um cuidado integral e individualizado às mulheres com suspeita ou confirmação da COVID-19 durante o ciclo gravídico-puerperal, além de garantir monitoramento assistencial seguro e de qualidade a essas pacientes, consideradas grupo de risco para complicações da COVID-19, incluindo óbito.

Atualmente, o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOb Covid-19)⁽¹⁰⁾ acompanha os dados de mortalidade materna relacionada à pandemia e pode-se destacar em dados parciais que em 2020, a média semanal de óbitos maternos foi de 10,5, e de janeiro a abril de 2021 essa média subiu para 25,8. Ainda, observa-se que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) aumentou consideravelmente devido à COVID-19, chegando a se equiparar às principais causas diretas ou indiretas de mortalidade materna (hipertensão, hemorragias e infecções). Portanto, o monitoramento e acompanhamento de gestantes e puérperas através do teleatendimento configura-se em apoio fundamental para intervenções oportunas e redução dos riscos à saúde das mulheres atendidas na instituição.

Diante do desafio imposto pela pandemia, surgiu a demanda de pensar modalidades de trabalho que ofereçam a ausência de restrições espaciais, inclusive nas práticas em saúde. Neste contexto, TORNESE et al. (2020)⁽¹⁸⁾ destacaram a relevância do uso da tecnologia frente à atual emergência mundial e, conseqüente, necessidade de isolamento social.

Nesta conjuntura, o projeto de telessaúde também garantiu suporte em saúde aos colaboradores da instituição quanto a sintomas respiratórios durante a pandemia, proporcionando um atendimento ágil, resolutivo, humanizado, qualificado, com acompanhamento de sintomas e possíveis sinais de gravidade e com possibilidade de testagem rápida (máximo de 48 horas para liberação de resultados de RT-PCR). Agregou, ainda, satisfação com a experiência de cuidado aos colaboradores, pois o acolhimento e atendimento foram realizados no próprio local de trabalho e o monitoramento realizado sem a necessidade de deslocamento.

Ademais, a implantação do teleatendimento possibilitou o isolamento social e segurança das colaboradoras gestantes, antecipando-se à Lei Federal 14.151 de 12 maio de 2021⁽¹⁹⁾, que dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presenciais durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo Coronavírus.

Esse aproveitamento das profissionais gestantes na força de trabalho para operacionalizar o teleatendimento e apoiar o SCIH acarretou o suporte à assistência na maternidade, visto que os médicos que atendem presencialmente têm segurança em dar a alta hospitalar com orientação de agravamento dos sintomas, manejo de prevenção para COVID-19 e isolamento domiciliar, pois podem contar com o teleatendimento para dar seguimento clínico aos casos.

Outra vantagem deste projeto foram os benefícios à comunidade de Ribeirão Preto e região, pois mesmo o CRSMRP-MATER não sendo um hospital de referência para casos suspeitos ou confirmados da COVID-19, conseguiu absorver a demanda espontânea de pronto atendimento e se organizar na prestação de um serviço eficiente e completo. E como a sistemática de teleatendimento deste serviço trouxe um resultado positivo e bem estruturado, foi ofertado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, instituição de referência terciária, que recebeu pacientes que necessitaram de internação e cuidados de alta complexidade no agravamento da COVID-19.

Por contar com um sistema eletrônico integrado, o Complexo Hospitalar de Saúde do HCFMRP-USP/FAEPA oferece interface entre suas unidades hospitalares, sendo possível expandir os agendamentos para monitoramento de gestantes e puérperas em seguimento no HCFMRP-USP. Tal medida possibilitou a ampliação do escopo de atuação do teleatendimento, com acolhimento e monitoramento deste grupo de pacientes como suporte à atenção terciária. A parceria foi crucial nos tempos de agravamento de transmissão, pois era possível melhorar o “rodízio” de leitos obstétricos de alta complexidade com o suporte da equipe do CRSMRP-MATER para o monitoramento por teleatendimento.

Apesar de todas as contribuições citadas, observou-se como um desafio ao teleatendimento, a dificuldade de contato com os monitorados que, por inúmeras vezes, não atenderam às chamadas telefônicas. Diante de situações como esta, se fez necessário o acionamento interno do serviço social para articulação com a atenção básica e estratégia de saúde da família, possibilitando busca ativa dos casos e acompanhamento dos desfechos até o término do período crítico da doença.

No presente momento, faz-se necessário manter o sistema de teleatendimento como um instrumento de suporte até o fim da pandemia, e ficará como modelo para outros próximos períodos críticos ou, ainda, para ser adotado como modelo assistencial permanente em casos específicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso dos recursos de teleatendimento para monitoramento de gestantes, puérperas e colaboradores mostrou-se como ferramenta essencial no funcionamento do sistema de saúde da região. Sua adoção permitiu o uso mais racional dos recursos de saúde em períodos críticos da pandemia, além de proporcionar acolhimento e sensação de segurança por parte das usuárias. O reforço à interação entre os diferentes níveis assistenciais também se mostrou benéfico em reduzir a demora na busca por atendimento em caso de suspeita de piora clínica. Ademais, a possibilidade de

acompanhamento dos colaboradores aumentou o vínculo dos mesmos com sua instituição de trabalho e permitiu reduzir os tempos de afastamento, minimizando os impactos da pandemia no absenteísmo ao trabalho. Por outro lado, reforçou a importância de uma rede de saúde integrada e consolidada para garantir o adequado monitoramento em casos de dificuldades de contato direto com pacientes ou necessidade de referenciamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): what we know? J Med Virol. 2020 Mar 14; [cited 2021 Jul 1]; jmv.25766. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.25766>
2. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: a review on the novel Coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. viruses [Internet]. 2021 Jan 29 [cited 2021 Jul 1];13(2):202. Available from: <https://www.mdpi.com/1999-4915/13/2/202>
3. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World health organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Vol. 76, International Journal of Surgery. Elsevier Ltd; 2020. p. 71–6.
4. Brasil. Presidência da República, Secretaria - Geral. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. [Internet]. 6 fev 2020. [cited 2021 Jul 1]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#view
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União 20 mar 2020. [cited 2021 Jul 3]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. 15 abr 2020. Secretaria - Geral. [cited 2021 Jul 3]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm
7. Conselho Federal de Medicina. Ofício nº 1756/2020-Cojur, de 19 de março de 2020. 19 mar 2020. [internet]. [cited 2021 Jul 3]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 634, de 26 de março de 2020. 26 mar 2020. [internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
9. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Jul;99(7):823-829. doi: 10.1111/aogs.13867. Epub 2020 Apr 20. PMID: 32259279; PMCID: PMC7262097.
10. Rodrigues A, Lacerda L, Francisco RPV. Brazilian Obstetric Observatory arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021).

11. Takemoto M, Menezes MO, Andreucci CB, Knobel R, Sousa L, Katz L, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. Brazilian group for studies of COVID-19 and pregnancy. BJOG. 2020 Dec;127(13):1618-1626. doi: 10.1111/1471-0528.16470. Epub 2020 Sep 14. PMID: 32799381; PMCID: PMC7461482.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada MS, Brasília, 2020. [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>. Acesso em: 01 de jul. 2021.
13. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990. Secretaria – Geral. [cited 2021 Jul 3]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 de jul. 2021.
14. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS- 111, de 23/07/2020 reitera a obrigatoriedade de envio de dados, diários a todos os hospitais públicos e privados do Estado de São Paulo, referentes aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 (Novo Coronavírus) e dá providências correlatas. [cited 2021 Jul 6]. Available from: https://censocovid19.saude.sp.gov.br/doc/manual%20de%20orienta%C3%A7%C3%B5es_25_05_21.pdf
15. Brasil. Presidência da República. Lei 13.287 de 11 de maio de 2016. Acrescenta dispositivo à Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para proibir o trabalho da gestante ou lactante em atividades, operações ou locais insalubres. Secretaria – Geral. [cited 2021 Jul 6]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13287.htm.
16. FAEPA. Resolução FAEPA nº12 de 27 de março de 2020. Ribeirão Preto, 2020.
17. FAEPA / HCFMRP-USP. Portaria conjunta Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP) e Fundação de Amparo ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) nº68 de 27 de março de 2020. Ribeirão Preto, 2020.
18. Tornese G, Scaramuzza A, Schiaffini R. Telemedicina ai tempi del coronavirus. Medico e Bambino, 39(3), 142-143. (2020). [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/telemedicine-in-the-time-of-the-coronavirus>.
19. Brasil. Presidência da República. Lei Federal 14.151 de 12 Maio de 2021 dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presenciais durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Secretaria - Geral. [cited 2021 Jul 6] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14151.htm. Acesso em: 05 de jul. 2021.